

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UNOCHAPECÓ
E ASSOCIADAS**

LUCIA HELENA DE SOUZA ALVES

**GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF): A VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS
USUÁRIOS**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

A474g Alves, Lucia Helena de Souza

Grupo de promoção da saúde na estratégia saúde da família (ESF) [dissertação] : a visão dos profissionais e dos usuários / Lucia Helena de Souza Alves ; orientadora, Astrid Eggert Boehs. - Florianópolis, SC, 2010.
119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Promoção da saúde. 3. Educação em saúde. 4. Família - Saúde e higiene. I. Boehs, Astrid Eggert. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

LUCIA HELENA DE SOUZA ALVES

**GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF): A VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS
USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem - Área de
Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Astrid Egger Boehs
Co-orientadora: Dra. Ivonete T. S. Buss
Heidemann
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e
Enfermagem.

FLORIANÓPOLIS
2010

LUCIA HELENA DE SOUZA ALVES

**GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F.): A VISÃO DOS PROFISSIONAIS
E USUÁRIOS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 22 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia,
Saúde e Sociedade.**

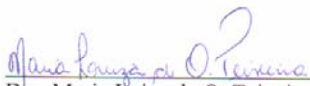


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Astrid Eggert Bochs
Presidente



Dra. Maria Luiza de O. Teixeira
Membro



Dra. Betina Horner S. Meirelles
Membro

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado para agradecer a colaboração de muitas pessoas e instituições importantes nesta minha trajetória.

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida, luz e força nesta caminhada.

Agradeço a minha família, em especial à minha mãe Vera Lucia, exemplo de força e determinação. Ao meu pai Osvaldo, meus irmãos Junior e Everton, minhas cunhadas Maristela e Fabiane, e meu sobrinho/afilhado Guilherme, por acreditarem em mim e em meu compromisso profissional. Obrigada pelo incentivo e amor. Minha família é meu porto seguro, meu chão.

Ao meu namorado Rafael pelo carinho, paciência, apoio em todos os momentos; estar com você é muito especial.

Às minhas orientadoras Profas Dras. Astrid E. Boehs e Ivonete T.S.B. Heidemann, pelos ensinamentos para a construção desta dissertação, por todo empenho, sabedoria, compreensão e, acima de tudo, exigência; por proporcionarem momentos inesquecíveis e importantes na minha vida. A vocês todo o meu carinho e admiração.

Às Profas Betina H.S. Meirelles, Maria Luiza de Oliveira Teixeira, Jussara Gue Martini, Maria Elisabeth Kleba da Silva e Gisele C.M. Fernandes, Ilca Keller Alonso - membros da banca de qualificação/defesa - por aceitarem participar da banca e por suas pelas importantes contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa NEPEPS, pelo acolhimento, carinho, amizade e experiências vivenciadas. Em especial a Gisele Manfrini Fernandes, por todo carinho e a atenção.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a qual mais uma vez me recebeu de braços abertos e engrandeceu minha vida e carreira profissional. Em especial ao corpo docente e funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem.

À CAPES pelo incentivo ao MINTER, me permitindo acesso ao aperfeiçoamento profissional e pessoal.

À Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), nas pessoas do Reitor Prof. Viegand Eger, aos Pró-reitores Profa Niladir Butzke e Prof. Ilson Paulo Ramos Blogoslawski. Obrigada por tornar possível esta caminhada.

Ao Curso de Graduação em Enfermagem da UNIDAVI, em especial a coordenadora do curso e companheira de mestrado Profa. Rosimeri Geremias Farias, obrigada pelo incentivo, apoio, conselhos e carinho que nunca faltaram em “todos” os momentos. À Profa Clarice Calderon, pelo incentivo e colaboração nesta jornada.

À UNOCHAPECÓ, nas pessoas da Profa Maria Elisabeth Kleba da Silva e Luciana Lunelli por colaborarem na realização do MINTER, obrigada pela oportunidade.

Aos meus amigos/irmãos Fernanda e Thiago Rodrigues, por sempre me mostrarem o verdadeiro valor da amizade. Obrigada por tudo.

A Tia Wal e Tio Fernando, que sempre tiveram significado importante em minha vida, obrigada por sempre estarem presentes.

Aos amigos da família Cucco, especialmente Dianare e Deisi, obrigada pela mão amiga e pelo carinho que sempre demonstraram.

Às colegas do MINTER UFSC/UNOCHAPECÓ, pois foi muito bom conhecê-las e dividir estes momentos com vocês. Sucesso a todas.

À família Santiago pelo carinho que demonstram para comigo.

À Jussara Raitzer e Claudia Garcia pela colaboração na revisão e formatação desta dissertação e a Francini Rensi Schmitz pela dedicação em seu trabalho na Pós-Graduação.

Minha gratidão aos profissionais e usuários que engrandeceram este trabalho com sua participação.

ALVES, Lucia Helena de Souza. **Grupo de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF): a visão dos profissionais e dos usuários.** 2010. 119 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs

Co-Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Pesquisa qualitativa participativa que objetivou conhecer a percepção dos usuários e equipe de ESF sobre grupos desenvolvidos em unidades de saúde em município da região do Alto Vale do Itajaí/SC. Objetivos específicos: levantar publicações de pesquisas sobre promoção da saúde, educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil; identificar percepções dos usuários/equipe ESF quanto às ações desenvolvidas nos grupos; analisar estas ações a partir das cinco estratégias de promoção da saúde da Carta de Ottawa. Utilizou-se o referencial teórico da promoção da saúde e a estrutura conceitual/metodológica de Paulo Freire. A busca das publicações ocorreu em artigos de periódicos em português/espanhol, na base de dados LILACS e biblioteca SciELO, nos anos de 2003-2008, utilizando os descritores: enfermagem, promoção da saúde, educação em saúde, saúde de grupos específicos; selecionando 18 artigos. A coleta de dados da pesquisa ocorreu no segundo semestre de 2009 em duas unidades ESF, com usuários/profissionais, em 3 fases: investigação temática; codificação/descodificação; desvelamento crítico. Os temas foram discutidos e analisados à luz da Carta de Ottawa. Como resultado da revisão literária identificou-se que 50% dos estudos objetivaram compreender percepções dos participantes do grupo sobre determinado tema ou primeiro passo para depois realizar a atividade proposta; predominaram pesquisas participativas, com coleta de dados durante a realização do grupo. Quanto aos resultados exibidos pelos estudos, emergiram benefícios de forma geral e benefícios imediatos das atividades; papel dos profissionais de saúde e enfermagem; Círculo de

Cultura Freireano; grupo focal; pesquisa ação; jogos educativos. Ressalta-se que a ideia de promoção da saúde nestes grupos embasam-se nas concepções geradas em Ottawa, mesmo que implicitamente. Os resultados da pesquisa com equipe/usuários identificaram 24 temáticas, agrupadas e priorizadas em 2 significativas: não há clareza do que é grupo; metodologia utilizada no grupo. Evidenciou-se, que as práticas educativas nestes grupos, geralmente, acontecem em forma de palestra, mediadas pela concepção bancária de educação, onde segundo os usuários, desestimula sua participação. Portanto, infere-se que a metodologia de Freire através dos Círculos de Cultura possibilita desenvolvimento e reestruturação das atividades de grupo, tornando-o um espaço de práticas dialógicas, estimulando os participantes a desvelarem sua realidade vivencial e tornarem-se agentes promotores de sua saúde. As ações de promoção da saúde nestes grupos estão fortemente alinhadas com “reorientação dos serviços de saúde” e “desenvolvimento de habilidades pessoais”, porém as demais estratégias são trabalhadas implicitamente. As ações de lazer realizadas mostram indícios de intersetorialidade e participação social. Conclui-se na revisão literária que os grupos procuraram desenvolver de forma criativa ações direcionadas para a promoção da saúde dos participantes. Mostra também que o profissional enfermeiro está estimulando o diálogo com os participantes, visando o reforço da ação comunitária. O trabalho com grupos é dispositivo importante de promoção da saúde e possibilidade de ampliação da atuação do enfermeiro. E, através da pesquisa realizada na realidade do município em gestão, percebeu-se a necessidade de reavaliação/ampliação das ações de promoção da saúde dentro deste contexto, avançando para o conjunto destas estratégias para que ocorram ações educativas de maneira ampliada e ao encontro da realidade dos usuários.

Descritores: Enfermagem; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Saúde da Família.

ALVES, Lucia Helena de Souza. **Health promotion group at the Health Family Strategy (HFS): the professionals and the users view.** 2010. 119 p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Nursing Post-Graduation Course, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Coordinator: Dr. Astrid Eggert Boehs

Co-Coordinator: Dr. Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann

ABSTRACT

This is a qualitative research that aimed at knowing the perception of the ESF users and team about groups developed in health units in city in the Alto Vale do Itajaí/SC region. Specific objectives: finding out publications of researches on health promotion and health education and nursing with groups in Brazil; identify the ESF users/team perception regarding the actions developed into the groups; analyzing the actions developed into the groups based on the five health promotion strategies from the Ottawa Letter. We used the theoretical referential of health promotion and the conceptual/methodological structure of Paulo Freire were adopted as methodology. The search for the publications was made through periodical articles in Portuguese and Spanish on the LILACS databases and SciELO library, from the year 2003-2008. The key words: nursing, health promotion, health education, and specific groups' health were used; 18 articles were selected. The research data collection was carried through the second semester of 2009 in two ESF units, with professionals/users of 02 teams, in 03 steps: investigation of the themes, themes codification/decoding; and critical revealing. The themes were analyzed and discussed based on the Ottawa Letter. As a result from the literary review, it was identified that 50% of the studies aimed at understanding the group members' perception on a specific subject or first step, for then going on with the proposed activity; the participative researches were the most used ones, through the data collection during the work with the group. Regarding the results brought up by the studies, benefits on a general way, and immediate benefits from the activities were noticed; as well as the role of the nursing and health professionals, considerations about the Paulo Freire Culture Circles,

central group, action research, and educational games. Highlight that the understanding of health promotion into the groups is based on the conceptions generated in Ottawa, although it is not explicit. The research results from team/users identified 24 themes, which were grouped and prioritized as 02 main ones: it is not clear what group is; the methodology used in the group. It was evidenced that the educational practices these groups usually happen through lectures, mediated by conception of banking education, where according to users, does not stimulate their participation. Thus, it is inferred that the Freire methodology, through the Culture circles, may be used for development and reorganization of the group activities, making it a space of dialogical practices, which stimulates the participants to reveal their existential reality and become themselves promoting agents of their own health to become a space of dialogical practice. The actions of health promotion in these groups are strongly connected to the “reorientation of the health services” and “the personal abilities development”, but other strategies are worked implicitly. The actions of health promotion in these groups are strongly connected to the “reorientation of the health services” and “the personal abilities development”, but other strategies are worked implicitly. It was also concluded that the professional nurse is stimulating the dialogue with the participants, aimed at reinforcing community action. The work with groups is an important tool for health promotion and possible widening of the nurse work field. And, through the research held in reality of the municipality in question, it was noticed an existing need for reevaluating/widening the health promotion actions into such environment, advance into the set of these strategies so that educational actions are implemented on a wider way and in accordance with the reality of the users.

Descriptors: Nursing; Health Promotion; Health Education; Family Health.

ALVES, Lucia Helena de Souza. **Grupo de promoción de la salud en la Estrategia Salud de la Familia (ESF):** la visión de los profesionales y de los usuarios. 2010. 1119 p. Monografía (Maestría en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs

Co-Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann

RESUMEN

Esta es una investigación cualitativa participativa que tuvo como objetivo saber la opinión de los usuarios y del equipo de la ESF en los grupos desarrollados en unidades de salud en la ciudad de la región del Alto Vale do Itajaí/SC. Objetivos específicos: buscar publicaciones de investigaciones acerca de la promoción de la salud y educación en salud y enfermería con grupos en Brasil; identificar opiniones de los usuarios y del equipo de la ESF acerca de las acciones desarrolladas en los grupos; analizar las acciones desarrolladas en los grupos a partir de las cinco tácticas de promoción de la salud de la Carta de Ottawa. Se utilizó el marco teórico de la promoción de la salud y la estructura conceptual/metodológica de Paulo Freire. La búsqueda a las publicaciones ocurrió en artículos de publicaciones periódicas en portugués/español en la base de datos LILACS y biblioteca SciELO, en los años de 2003-2008, utilizándose los siguientes vocablos-clave: enfermería, promoción de la salud, educación en salud, grupos de salud específicos; fueron seleccionados 18 artículos. La recolección de los datos de la investigación ocurrió en el segundo semestre de 2009 en dos unidades de ESF, con usuarios/profesionales de dos equipos, en 03 momentos: investigación temático; codificación/descodificación de los temas; desvelamiento crítico. Los temas fueron discutidos y analizados basados en la Carta de Ottawa. Como resultado de la revisión literario se identificó que el 50% de los estudios tuvieron como objetivo comprender las percepciones de los participantes del grupo acerca de un tema específico o el primer paso, para entonces realizar la actividad propuesta; investigación participativa predominó con recolección de datos, durante los trabajos con los grupos. Con respecto a los resultados exhibidos por los estudios, se perciben beneficios de una manera general

y beneficios inmediatos de las actividades; el papel de los profesionales de la salud y de enfermería; Círculo de Cultura de Paulo Freire; grupo focal; investigación acción; juegos educativos. Es importante enfatizar que la idea de promoción de la salud en estos grupos se basa en las concepciones generadas en Ottawa, aunque no sea categórico. Los resultados de la investigación con el equipo/usuarios identificaron 24 temas, puestos en grupos y priorizados en 02 significativos: no está claro qué es grupo; la metodología utilizada en el grupo. Se evidenció que las prácticas educativas en estos grupos generalmente ocurren a través de ponencias y están pautadas por el tradicional concepto de educación, y eso, donde según los usuarios, desalienta su participación. Por lo tanto, se deduce que la metodología de Freire a través de los Círculos de la Cultura puede ser utilizada para el desarrollo y la reorganización de las actividades del grupo, por lo que es un espacio de prácticas de diálogo que a su vez estimule a los participantes a desvelar su realidad existencial y volverse en agentes promotores de su propia salud. Las acciones de promoción de la salud en estos grupos están mayormente volvidas a la “reorientación de los servicios médicos” y el “desarrollo de capacidades personales”, las otras tácticas están se trabajan de manera implícita. Llega a la conclusión en la revisión de la literatura que los grupos han intentado desarrollar formas creativas de acciones dirigidas a la promoción de la salud de los participantes. También muestra que la enfermera es fomentar el diálogo con los participantes, encaminadas a fortalecer la acción comunitaria. El trabajo con los grupos es una herramienta importante a la promoción de la salud y una nueva posibilidad de área de trabajo para el enfermero. Y, a través de la investigación desarrollada en la realidad de la ciudad se dio cuenta de la necesidad de una reevaluar/ampliar de las acciones de promoción de la salud en este contexto, avanzando el conjunto de estas tácticas para que las acciones educativas ocurran de manera más amplia y de acuerdo con la realidad de los usuarios.

Descriptores: Enfermería; Promoción a la Salud; Educación en Salud; Salud de la Familia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DHSS	Department of Health and Social Services
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MINTER	Mestrado Interinstitucional
NEPEPS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Profissionais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
SC	Santa Catarina
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SIAB	Sistema de Atenção Básica
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
U	Usuários
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIDAVI	Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US-DHEW	United States Department of Health, Education, and Welfare
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do Itinerário de Pesquisa adaptado de SAUPE, 1999.	42
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronologia da Promoção da Saúde..... **30**

Quadro 2 - Cronologia da Promoção da Saúde no Brasil. **32**

MANUSCRITO 2

Quadro I – Temas geradores codificados e decodificados da Unidade

A..... **74**

Quadro II – Temas geradores codificados e decodificados na Unidade

B..... **75**

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
LISTA DE FIGURAS	14
LISTA DE QUADROS	15
INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	24
3.1.1 As Conferências de Promoção da Saúde.....	25
3.2 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE PAULO FREIRE.....	33
3.2.1 Principais concepções de Paulo Freire	35
4 METODOLOGIA	41
4.1 TIPO DE PESQUISA	41
4.2 CONTEXTO DA PESQUISA	42
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	44
4.4 COLETA DE DADOS.....	44
4.5 ENTRADA NO CAMPO.....	45
4.6 REGISTRO DOS DADOS	45
4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	46
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	46
5 RESULTADOS	48
5.1 MANUSCRITO 1 - AÇÕES EDUCATIVAS COM GRUPOS VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIRAS: REVISÃO DE LITERATURA	48
5.2 MANUSCRITO 2 - A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DA CARTA DE OTTAWA	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS.....	88

APÊNDICES..... 95

ANEXOS 102

INTRODUÇÃO

Os avanços ocorridos na saúde pública e na medicina na maioria dos países, no último século, refletiram significativamente na melhora das condições de vida e saúde da população (BUSS, 2000). Diante deste contexto, fez-se necessário o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

De acordo com Heidemann et al (2006, p. 353),

o conceito de promoção à saúde tradicional foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, no esquema da História natural da doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva.

Na década de 70, surgiu formalmente o moderno movimento de promoção da saúde no Canadá, com a divulgação do Informe Lalonde (BUSS, 2000). Porém, foi a partir da Carta de Ottawa, proveniente da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, na cidade de Ottawa, no ano de 1986, que começou a ser trabalhada a nova visão de promoção da saúde (BUSS, 2000). A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o “processo de capacitação de indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BUSS, 2000, p. 170). E esta traz como estratégias de promoção da saúde a implementação de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDEMANN et al., 2006).

As outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram a de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), que reafirmaram as bases políticas e conceituais da promoção da saúde.

A primeira Conferência realizada na América Latina aconteceu em 1992, intitulada Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá, na Colômbia, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BUSS, 2000). De tal Conferência surgiu a Declaração de Bogotá, que pode ser considerada de referência para a promoção da saúde na América Latina. Esta ressalta estratégias para criar a promoção

à saúde no âmbito da América Latina e também discute a transformação da cultura e do setor saúde visando estimular o compromisso social, fazendo da saúde algo prioritário (HEIDEMANN et al., 2006).

No Brasil, com a Constituição de 1988, houve a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, então vigente, pois este não estava mais suprimindo as necessidades decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava (WESTPHAL, 2006). Na base do processo de criação do SUS, encontram-se o conceito ampliado de saúde; a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la; o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde; e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006).

No SUS, “a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde” (BRASIL, 2006, p.14).

Com o objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública no Brasil, em 1991, o SUS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que era considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, estratégia esta que foi estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família (SANTOS et al., 2008).

A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001). Segundo Cianciarullo (2002), o PSF tem como estratégia básica as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde da população em geral, que vêm sendo desenvolvidas desde 1994, as quais levaram a uma significativa mudança no meio acadêmico e da gestão, enfatizando a importância nos processos de hábitos saudáveis e uma melhor qualidade de vida.

O PSF, atualmente intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF) desde a publicação da Portaria nº 648, de março de 2006, é uma estratégia que facilita a integração e promove a organização das atividades dos serviços de saúde em um território definido, reafirmando

e incorporando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 2006a). A ESF está centrada na promoção da saúde, que tem como intuito sustentar o desenvolvimento individual e coletivo do homem por meio de ações com diversidade de enfoques.

As ações se caracterizam pela troca de informações, mediante a educação em saúde, que facilitam às pessoas a tomada de consciência da sua situação de saúde, bem como pelas relações destas com os fatores político, econômico, social, cultural, ambiental e fisiológico (TRENTINI; YMIRACY, 1996). Por conseguinte, a prática de educação em saúde é vista como um caminho integrador do cuidar, constituindo-se em um espaço de reflexão-ação. Este é fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente relevantes para o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (MACHADO et al., 2007).

Dessa forma, o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob o risco de adoecer (MACHADO et al., 2007). Nesta perspectiva tem sido feita a produção de conhecimento do núcleo de pesquisa do qual faço parte o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) que dedica-se a esta temática, voltada para a enfermagem. Um dos objetivos deste núcleo é produzir conhecimento sobre a percepção de usuários e equipes de ESF sobre a promoção da saúde.

A ESF propõe que atividades educativas sejam realizadas regularmente pelas equipes, já que esta consiste constitui num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Sendo assim, “a promoção da saúde visa colaborar para reduzir as desigualdades existentes em relação aos direitos de saúde, facilitando oportunidades e recursos para que os sujeitos atinjam seu completo potencial de saúde” (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 236). Assim na ESF as atividades de educação em saúde são trabalhadas na forma de grupos, pois acredita-se que a vivência da educação em saúde através desta modalidade favorece a participação como maneira de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde. O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa

alternativa para se buscar a promoção de saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida (SANTOS; LIMA, 2008). Diante disto, Pomatti e Souza (2003) expõem que, frequentemente, morbidades como hipertensão e diabetes são motivos para a realização de atividades de educação em saúde em grupos na ESF. Tais atividades objetivam o resgate de uma vida saudável através do autocuidado para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida, ainda que numa condição de doença crônica.

Na minha trajetória profissional, trabalhei primeiramente em dois municípios da região do Alto Vale do Itajaí/SC, na área de saúde coletiva, em equipes de ESF, durante 08 anos. Assim, tive a oportunidade de vivenciar diferentes momentos da caminhada de uma equipe, desde a implantação até sua efetiva atuação junto às comunidades. Atualmente, trabalhando na docência universitária, há 05 anos, ainda acompanho as rotinas das ESF por meio da supervisão de acadêmicos do curso de graduação em enfermagem em estágios curriculares e parcerias em projetos comunitários. Desta forma foi possível identificar nos grupos de saúde desenvolvidos pelas ESF, desta região, que as ideias da promoção da saúde são pouco percebidas, tanto para usuário como para profissionais. A realização de atividades de educação em saúde apresenta déficit em seu planejamento e a participação dos usuários neste processo é feita com muita dificuldade. De acordo com relatos dos profissionais destas ESF, a adesão dos usuários aos grupos é bastante baixa. Isto leva a pressuposição de que eles não sejam atraentes no sentido de levar os usuários a participarem promovendo a saúde.

No município mencionado anteriormente, as equipes de ESF desenvolvem ações educativas com grupos denominados “grupos de saúde”, que surgiram em substituição aos grupos de portadores de hipertensão arterial e diabetes, com o intuito de ampliar a participação da comunidade. Nestes grupos as atividades são direcionadas para o atendimento de gestantes, e da população em geral. Todavia, o que se observa na dinâmica destas equipes é que o desenvolvimento das atividades com grupos ocorre, em sua maioria, por cumprimento das rotinas da ESF. As referidas atividades apresentam ações mais voltadas para a prevenção de doenças, com pouco envolvimento com a realidade da comunidade.

A partir deste contexto, surgiram os seguintes questionamentos que dirigiram o processo de pesquisa:

Quais as percepções dos usuários participantes dos grupos e da equipe de ESF quanto às atividades desenvolvidas nos grupos de saúde?

Estas atividades estão pautadas dentro das estratégias da promoção da saúde da Carta de Ottawa?

O estudo pretende contribuir, tendo por base os resultados obtidos, fornecendo subsídios para as equipes de ESF, principalmente o profissional enfermeiro, geralmente líder da equipe, reformularem ou reforçarem suas ações, dentro das estratégias da promoção da saúde, de maneira a fortalecer o grupo e colaborar para a ampliação da participação dos usuários, visando à saúde dos mesmos. Pretende também contribuir para a pesquisa no que se refere sobre a participação da enfermagem nestes grupos. E finalmente, contribuir para o ensino da enfermagem no sentido de fornecer subsídios sobre a problemática em questão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer a percepção dos usuários e da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos em unidades de saúde de um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar as publicações de pesquisas existentes sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil;
- Identificar as percepções dos usuários e da equipe de ESF quanto às ações desenvolvidas nos grupos;
- Analisar as ações desenvolvidas nos grupos a partir das cinco estratégias para a promoção da saúde da Carta de Ottawa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nos últimos 20 anos, a promoção da saúde vem sendo entendida como uma promissora estratégia para o enfrentamento de problemas de saúde que afetam as populações neste final de século, pois propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para sua resolução (BUSS, 2000).

O termo promoção da saúde, em meados de 1976, foi utilizado por Leavell & Clark para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva. Porém, seu enfoque passou por mudanças, possuindo atualmente um foco político e técnico voltado para o processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000).

Sutherland & Fulton (1992 apud BUSS, 2000) afirmam que existem diversas conceitualizações para a promoção da saúde e que podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, as atividades objetivam transformar os comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. O segundo caracteriza a concepção moderna de promoção, na qual os determinantes gerais sobre as condições de saúde são os fatores protagonizantes para se ter qualidade de vida.

Este moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente na década de 70, no Canadá, com a divulgação do Informe de Lalonde (*A New Perspective on the Health of Canadians*). Lalonde era o ministro da saúde daquele país (BUSS, 2000).

Os fundamentos do informe foram pautados no conceito de saúde e introduziram os chamados “determinantes de saúde”, nos quais se destacam a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais, modos de vida e organização da assistência na ocorrência de doenças e na morte, distribuindo-se em inúmeros fatores que influenciam a saúde. A estratégia de proposta enfatizava que a

promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida) (BUSS, 2000; HEIDEMANN et al., 2006).

3.1.1 As Conferências de Promoção da Saúde

As bases conceituais e políticas da promoção da saúde se desenvolveram praticamente nos últimos anos, na realização de 06 importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que foram a de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000) e de Bangkok (2005) (BUSS, 2000; HEIDEMANN, 2006).

Contudo, foi a partir da **Carta de Ottawa**, proveniente da **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, realizada no Canadá, na cidade de Ottawa, em novembro de 1986, que começou a ser trabalhada a nova visão de promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2000).

Esta, por sua vez,

confirma um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros, e como resultado de diversas estratégias, nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere (HEIDEMANN et al., 2006, p. 354).

A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa como o processo de capacitação da comunidade e indivíduos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no seu controle. Esta, também explicita que a promoção está além do setor saúde e enfatiza a atribuição da promoção de fazer com que todos os setores, inclusive os não diretamente implicados, assumam a Saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população (WHO, 1986; SICOLI, NASCIMENTO, 2003).

A Carta de Ottawa descreve “*cinco estratégias de promoção à saúde*” e enfatiza que estas devem se adaptar às necessidades e

possibilidades locais de cada país e região, respeitando as diferenças existentes em seus sistemas sociais, culturais e econômicos. As estratégias são as seguintes:

A Implementação de políticas saudáveis: na promoção da saúde, deve-se observar diversos determinantes, dentre eles a renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve ser elencada como prioridade na agenda dos políticos em todos os níveis e setores. A elaboração/implementação de políticas públicas saudáveis devem contemplar ações de natureza intersetoriais, voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida (HEIDMANN, 2006).

A criação de ambientes favoráveis à saúde: a promoção da saúde propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde, com estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente, mas de forma que enfatize que a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte desta estratégia, sendo uma responsabilidade global. A mudança nos modos de vida, de trabalho e de lazer tem um impacto bastante significativo sobre a saúde. Desta maneira, as criações de ambientes favoráveis à saúde, como os espaços das escolas, de trabalho, de praças, das cidades, podem propiciar ambientes de apoio e uma sociedade mais saudável (CARVALHO, 1998; BRASIL, 1996; HEIDMANN, 2006).

Reforço da Ação Comunitária: destaca a necessidade de ações que dêem suporte social às comunidades e aumentem a responsabilidade dos grupos e indivíduos para organizar suas vidas, de forma a desenvolver a participação popular nos assuntos de saúde, estimulando o *empowerment* comunitário e individual (BRASIL, 1996).

Desenvolvimento de habilidades pessoais: Apóia o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e sociais através da divulgação de informação, educação para a saúde, visando ao aumento de possibilidades para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. Estas ações podem ser realizadas nas escolas, lares, locais de trabalho e em outros espaços comunitários, sendo que diversas organizações e instituições devem se responsabilizar pelo seu desenvolvimento (BRASIL, 1996).

Reorientação dos serviços de saúde: A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições de saúde e governos. Tal reorientação também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Para que isto ocorra, é necessário que

haja uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que estas passem a focalizar as necessidades globais do indivíduo (BRASIL, 1996).

Sendo assim, a Carta de Ottawa nos faz refletir que a saúde deve ser construída e vivida pelas pessoas dentro do que realizam no seu dia a dia, no cuidado de cada um consigo mesmo e com o próximo; pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre sua própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde para todos (BRASIL, 1996).

A **II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** foi realizada 1988 em Adelaide, a qual teve como temática central as políticas públicas saudáveis que “se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (WHO, 1988 apud BUSS, 2000, p. 171). A partir disto, podemos identificar claramente a questão relacionada com a intersetorialidade e a ideia de responsabilidade do setor público, que tem marcado desde então o discurso da promoção da saúde. Neste contexto também se afirma a visão global e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde (BUSS, 2000).

No ano de 1991, realizou-se a **III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, em Sundsvall, na Suécia, sendo esta primeira conferência que focou de forma direta, em todos os seus aspectos, questões referentes a interdependência existente entre saúde e ambiente, visando à ampliação da “consciência internacional dos indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta diante das inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente” (WHO, 1991 apud BUSS, 2000, p. 171). A Conferência de Sundsvall enfatiza quatro importantes aspectos para o desenvolvimento de um ambiente favorável e promotor da saúde: a dimensão social, dimensão política, dimensão econômica e a capacidade e conhecimento das mulheres nos diversos setores. O presente ato ainda insiste na “viabilidade da criação de ambientes favoráveis, fazendo menção às inúmeras experiências oriundas de todo o mundo, desenvolvidas particularmente no nível local” (BUSS, 2000, p. 172).

Já a **Conferência de Jacarta**, em 1997, foi a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento, e através desta, veio a reconhecer que “os métodos em promoção da saúde baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em um único campo” (BUSS, 2000, p. 172).

Nesta Conferência, foram definidas cinco prioridades para a promoção da saúde nos próximos anos: promover a responsabilidade social com a saúde; aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde; consolidar/expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e níveis governamentais; aumentar/fortalecer a capacidade da comunidade para influir nos fatores determinantes da saúde; e definir cenários preferenciais para atuação (BUSS, 2000). Uma importante reafirmação da conferência diz respeito à posição central da participação popular e do *empowerment*, realçando, para isto, a importância do acesso à educação e à informação (BUSS, 2003).

No ano de 2000, ocorreu a **V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** na cidade do México. A Declaração do México (BRASIL, 2002) aponta que os conceitos de promoção da saúde têm sido utilizados de forma ampla em diversas partes do mundo, e que devem ser um componente essencial das políticas e programas públicos. Reforçam a relevância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional (HEIDEMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

Em 2005, ocorreu a **VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde** em um Mundo Globalizado, em Bangkok (Tailândia). A Carta de Bangkok identifica ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde (WHO, 2005). Levanta alguns efeitos negativos para a saúde frente à globalização, dentre estes o aumento das iniquidades, rápida urbanização e degradação do meio ambiente e salienta os aspectos positivos da revolução da tecnologia de comunicação, com potencial para influir no redirecionamento dos determinantes de saúde. Ressalta que, para haver o progresso no sentido de um mundo mais saudável, é preciso forte ação política, ampla participação e advocacia sustentável e que a promoção da saúde possua estabelecido repertório de estratégias comprovadamente eficazes que devem ser integralmente utilizadas (WHO, 2005; HEIDEMANN, 2006).

A seguir, pode ser visualizada uma breve cronologia a respeito do desenvolvimento do campo da promoção da saúde.

ANO	ACONTECIMENTO
1974	- Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadianes / <i>A New Perspective on the Health of Canadians</i> .
1976	- Prevenção e Saúde: Interesse para Todos, DHSS (Grã-Bretanha).
1977	- Saúde para Todos no Ano 2000 – 30a Assembléia Mundial de Saúde.
1978	- Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma- Ata.
1979	- População Saudável / <i>Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention</i> , US-DHEW (EUA).
1980	- Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/ <i>Black Report on Inequities in Health</i> , DHSS (Grã-Bretanha).
1984	- Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
1985	- Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Européia.
1986	- Alcançando Saúde para Todos: Um Marco de Referência para a Promoção da Saúde/ <i>Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion</i> – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp. - Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá). - Promoção da Saúde: estratégias para a ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública.
1987	- Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis.
1988	- Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália). - De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho – Reunião internacional promovida pela OMS em Riga (URSS).
1989	- Uma Chamada para a Ação / <i>A Call for Action</i> – Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento.
1990	- Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova York)
1991	- Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia).
1992	- Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92). - Declaração de Santa Fé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região da Américas (Colômbia).
1993	- Carta do Caribe para a Promoção da Saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago). - Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena).
1994	- Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo).
1995	- Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim). - Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague).
	- Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat

1996	II) (Istambul). - Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
1997	- Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante - IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia).
2000	- V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México).
2005	- VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado em Bangkok (Tailândia).

Fonte: Buss, 2003; WHO, 2005.

Quadro 1 - Cronologia da Promoção da Saúde.

No contexto da América Latina, a primeira Conferência se deu em 1992, intitulada **Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá**, na Colômbia (BUSS, 2000), sendo a Declaração de Bogotá, a que pode ser considerada de referência para a promoção da saúde na América Latina. Esta “evidencia estratégias para criar a promoção à saúde na América Latina. Discute a transformação da cultura e do setor saúde a fim de garantir acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade” (HEIDEMANN, 2006, p. 355).

No Brasil, a promoção da saúde vem ganhando forças desde os anos 80, nas mudanças das políticas de saúde, culminando com a Lei Orgânica da Saúde (1990) e na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) (POMATTI; SOUZA, 2003). A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), muito tem sido falado sobre Promoção de Saúde no Brasil. A promoção é diretamente referida no Artigo 196 da Constituição de 1988. Na seção II, capítulo II do título VIII, encontram-se as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Este mesmo artigo também expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, apud SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 106).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) são iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas executadas de acordo com os princípios: empoderamento, participação social, concepção holística, intersetorialidade, equidade, sustentabilidade e ações multiestratégicas.

Neste contexto, o empoderamento deve permitir que indivíduos e comunidade tenham controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam sua vida (WHO, 1998). A participação social é vista como o envolvimento/participação dos interessados no planejamento, implementação e avaliação de iniciativas, com o intuito de promover a saúde (WHO, 1998). A concepção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual (SICOLI; NASCIMENTO, 2003). A intersetorialidade requer a participação e envolvimento conjunto dos diversos setores sociais na realização de suas ações. O princípio da equidade requer que as iniciativas de promoção da saúde sejam orientadas por princípios voltados à justiça social, garantindo acesso universal à saúde e bem-estar (WHO, 1998; SICOLI; NASCIMENTO, 2003). O princípio da sustentabilidade significa apresentar mudanças que possam ser mantidas pelos indivíduos e comunidades em sua realidade (WHO, 1998).

Para as ações multiestratégicas, faz-se necessário o comprometimento de “diversos segmentos e a combinação de métodos e abordagens, incluindo desenvolvimento político e comunitário, mudanças organizacionais, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação” (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

O Ministério da Saúde (2006, p. 10) afirma que a promoção da saúde é vista como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, uma nova maneira de “pensar e de operar articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, e que contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”.

Apresenta-se a seguir, de maneira cronológica, importantes acontecimentos referentes ao desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil.

<p>Década de 1970</p> <ul style="list-style-type: none"> • Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde • Tese O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca. • Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ). • Surgimento do “movimento sanitário”. • Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata.
<p>Década de 1980</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimento de redemocratização do país. • Protagonismo político do “movimento sanitário”. • Preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985). • VIII Conferência Nacional de Saúde, com afirmação de princípios da promoção da saúde (sem este rótulo): determinação social e intersetorialidade. No Canadá, aparece a Carta de Ottawa (1986). • Processo constituinte, com grande participação do “movimento sanitário” (1986-1988). • Constituição Federal, com características de promoção da saúde (1988).
<p>Década de 1990</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lei Orgânica da Saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990). • Organização dos Conselhos de Saúde em todos os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991). • RIO 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992). • Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995). • (a partir de 1995) PACS e PSF; NOB 96 (Piso Assistencial Básico); Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis. • Surgimento da revista <i>Promoção da Saúde</i> (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999).

Fonte: Buss (2000, p. 169).

Quadro 2 - Cronologia da Promoção da Saúde no Brasil.

Partindo das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde propõe a *Política Nacional de Promoção da Saúde* visando ao enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Esta Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída mediante a Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, contempla as seguintes diretrizes:

- I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
- VI – Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006, p. 19).

Desta maneira, trataremos a seguir do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire, o qual acredito contribuir de forma significativa nos estudos sobre promoção da saúde. Pois, Paulo Freire expressa em seu referencial forte preocupação com a emancipação dos sujeitos através do diálogo, cultura, participação popular. O que vai ao encontro as estratégias de promoção da saúde, principalmente referentes ao empowerment individual e comunitário, visando melhorar a qualidade de vida da população.

3.2 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE PAULO FREIRE

Paulo Régis Neves Freire, educador pernambucano, nasceu no dia

19 de setembro de 1921 na cidade do Recife. Foi alfabetizado por seus pais, à sombra das árvores do quintal da casa em que nasceu, e para tal, utilizavam palavras de sua própria infância, de sua prática como criança, de sua experiência. Seu giz eram os gravetos da mangueira e seu quadro-negro era o chão (GADOTTI, 1989).

Aos 22 anos de idade, começou a estudar Direito na Faculdade de Direito do Recife, época em que conheceu sua primeira esposa, a professora primária Elza Maia Costa Oliveira, que estimulou muito sua carreira docente, incentivando-o a se dedicar aos estudos, de forma sistemática. Logo abandonou o Direito e dedicou-se inteiramente ao trabalho educativo (GADOTTI, 1989).

Nos anos 50, quando a educação ainda era pensada como um puro repasse de conteúdos, Paulo Freire propunha uma pedagogia específica, na qual se associavam o estudo com a experiência vivida, o trabalho, a pedagogia e a política. Porém, somente em 1963 o método de Freire começou a ser implantado, tendo suas primeiras experiências na cidade de Angicos (RN). No ano posterior, Paulo Freire foi convidado pelo Presidente João Goulart para expandir sua experiência em âmbito nacional (GADOTTI, 1989).

Em 1964 teve sua experiência interrompida com o Golpe Militar, pois seu método de alfabetização foi considerado uma ameaça à ordem. A partir disto, exilou-se na Bolívia e posteriormente no Chile, onde consolidou seu método de alfabetização e pensamento político-pedagógico, concluindo sua obra mais importante, *Pedagogia do Oprimido*, publicada em 1970, na qual retrata seu método de alfabetização de adultos (HEIDEMANN, 2006). Em sua obra “Convite à leitura de Paulo Freire”, Gadotti (1989, p. 56) relata que o exílio foi profundamente pedagógico para Paulo Freire:

ele começou a questionar o Brasil, a compreendê-lo melhor, a compreender melhor o que havia feito e a melhor se preparar para fazer algo fora de seu país de origem, oferecendo sua contribuição a outro povo. Aprendeu, com as diferenças culturais, a virtude política essencial que falta ao Brasil: a tolerância, principalmente com relação a outras culturas; afinal, não se pode tachar uma cultura de pior que outra.

Seu retorno ao Brasil ocorreu em junho de 1980, após a Lei da Anistia, para São Paulo, onde reiniciou sua atividade docente na

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Em janeiro de 1989, na gestão da prefeita Luiza Erundina, assumiu também o cargo de Secretário Municipal de Educação do município de São Paulo (GADOTTI, 1996).

Heidemann (2006, p. 74-75) afirma que

Paulo Freire foi um verdadeiro educador do seu tempo. Suas obras foram publicadas em inglês, francês, espanhol e grande parte também em alemão e italiano. Recebeu várias homenagens internacionais e nacionais, prêmios, inclusive indicação para o Nobel da Paz e cidadão honorário de várias cidades, “Doutor Honoris Causa”, Professor Emérito, Educador da Paz pela UNESCO e seu nome foi adotado por vários estabelecimentos educacionais, tanto no Brasil como no exterior. Paulo Freire tinha uma maneira própria de pensar, mas recebeu influência do marxismo, do existencialismo, do personalismo ou da fenomenologia. Autores que marcaram sua obra foram: Marx, Lukacs, Sartre e Mounier, Albert Memmi, Erich Fromm, Frantz Fanon, Merleau-Ponty, Antonio Gramsci, Karel Kosik, Marcuse, Agnes Heller, Simone Weill e Almicar Cabral.

Paulo Freire faleceu na cidade de São Paulo, de infarto, em 02 de maio de 1997.

3.2.1 Principais concepções de Paulo Freire

A obra de Paulo Freire fundamenta-se num processo pedagógico libertador, que apresenta uma nova visão de educação, voltada para o diálogo, e não para a simples transmissão de conteúdos. Busca a transformação da realidade através da conscientização crítica, onde os homens são sujeitos de sua história (GADOTTI, 1996).

Em sua obra, Paulo Freire trabalha “com os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor-oprimido, educação bancária-libertadora, emancipação, círculo de cultura. Como método de trabalho utiliza o conhecido Itinerário de Pesquisa” (HEIDEMANN, 2006).

Paulo Freire visualiza o *homem* como um ser cultural, histórico, inacabado, que está constantemente na busca de ser mais, da auto-reflexão, ou seja, um ser no mundo e com o mundo. Isto o torna “um ser capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender” (FREIRE, 1983, p. 30).

Esta realidade nos remete a um importante conceito, que é o de *cultura*, vista como tudo aquilo que é criado pelo homem, ou seja, “a cultura consiste em recriar e não em repetir” (FREIRE, 1983, p. 31).

Segundo Gadotti (1996, p. 719), cultura também é o “resultado da práxis humana como acréscimo que ela faz ao mundo natural que ele não fez. É a aquisição sistemática da experiência humana”. Em relação à *práxis*, embora não esteja explicitada formalmente, é entendida como

resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade, para a criação de um novo mundo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, transformando a realidade. É através da ação-reflexão-ação, práxis autêntica, que implica a dialética entre seres humanos que acontecerá a transformação da realidade (HEIDEMANN, 2006, p. 79).

A *transformação* radical da realidade tem o intuito de melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história, e não como objetos (GADOTTI, 1996).

Tal transformação visa à *emancipação* dos homens. Para Freire e Horton (2002, apud HEIDMANN, 2006), emancipação social é a construção de uma sociedade mais livre, onde o conhecimento do povo deve ser respeitado através de uma atitude política consistente. Sendo assim, existem dois elementos fundamentais para que ocorra a emancipação de homens e mulheres, que são a **conscientização** e o **diálogo**.

Frente a este processo, e sua relação com a educação, Paulo Freire caracteriza duas concepções opostas de educação, a concepção *bancária* e a concepção *libertadora*.

Na concepção bancária, a educação torna-se um ato de depositar, o educador é visto como aquele que detém o conhecimento, o que pensa, o que diz a palavra, o que opta e prescreve sua opinião, escolhe o conteúdo programático, é ele o sujeito do processo. Enquanto os educandos são objetos passivos, meros depósitos de informações, os quais jamais são ouvidos (FREIRE, 2005). A educação bancária nega a dialogicidade, e tem por finalidade manter a divisão entre os que sabem e os que não sabem, entre oprimidos e opressores (GADOTTI, 1996, p. 86).

Na concepção libertadora, existe uma relação dialógica-dialética, em que educador e educandos se tornam sujeitos do processo, de maneira que aprendem e crescem juntos, pois os conhecimentos não são transferidos, mas sim compartilhados, criando possibilidades de transformar sua realidade. Apresenta um explícito caráter reflexivo, levando a um contínuo ato de desvelamento da realidade, a conscientização e sua inserção crítica na realidade (FREIRE, 2005).

Para Gadotti (1989, p. 46), o “diálogo” é a categoria central da obra de Paulo Freire, e que este faz parte da natureza humana. Através do diálogo o ser humano se constrói, já que é essencialmente comunicativo e sem ele não há progresso. Freire (2005, p.78) afirma que “o diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”. Sendo assim, concordo com Freire (2005, p. 90) quando este expõe que:

o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes.

Do ponto de vista de Paulo Freire (1979, p. 42), “o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial”.

Não há diálogo sem haver amor ao mundo e aos homens, se não há humildade (FREIRE, 2005).

Paulo Freire, em sua obra “Educação e mudança” (1983), enfatiza que o diálogo consiste em uma relação horizontal entre os sujeitos

envolvidos neste processo; é originário de uma matriz crítica, e que este sustenta-se de amor, humanidade, esperança, fé, confiança. Sendo assim:

somente o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé no próximo, se fazem críticos na procura de algo e se produz uma relação de “empatia” entre ambos. Só ali há comunicação. O diálogo é, portanto, o caminho indispensável, não somente nas questões vitais para nossa ordem política, mas em todos os sentidos da nossa existência. Somente pela virtude da fé, contudo, o diálogo tem estímulo e significação: pela fé no homem e em suas possibilidades, pela fé na pessoa que pode chegar à união de todos; pela fé de que somente chego a ser eu mesmo quando os demais chegam a ser eles mesmos (FREIRE, 1983, p. 68).

A conscientização, por sua vez, é vista como um processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre sua existência. Em seu sentido original, ela implica ação, uma relação particular entre o pensar e o atuar. Uma pessoa que se conscientiza é aquela que tenha sido capaz de descobrir (desvelar) a razão de ser das coisas, a qual deve vir acompanhada de uma ação transformadora (GADOTTI, 1996).

Freire (1992, p.103), ao explicar sua concepção de conscientização, sinaliza que:

se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim, como o ciclo gnosiológico não termina na etapa da aquisição do conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa do desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade.

Este processo de conscientização implica a ultrapassagem da esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica. “Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo” (FREIRE, 1979, p. 15).

Conforme Freire (1979, p. 15), “a conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado, e o mundo, de outro; por outra parte, não pretende uma separação. Ao contrário, está baseada na relação consciência - mundo [...]”. Ou seja, para Freire (1979, p.16), “a conscientização é isto: tomar posse da realidade”.

A transformação social, tendo em vista a emancipação dos homens, é algo possível, desde que haja comprometimento. Uma estratégia viável é a realização do *Círculo de Cultura*, proposto no Método Paulo Freire em que “é possível levantar, problematizar e desvelar os temas que tanto podem ser situações conflitantes ou positivas para a consolidação da promoção da saúde” (HEIDEMANN, 2006, p.81).

A referência básica dos círculos de cultura se encontra no diálogo, compreendido como um elemento primordial no processo educativo, uma vez que responde à exigência das pessoas que não podem se construir fora da comunicação (HAMMES, 2008).

De acordo com Freire (1992, apud Heidemann, 2006, p. 81):

no Círculo de Cultura é necessário que o (a) educador (a) saiba que o seu “aqui” e seu “agora” são quase sempre o “lá” do educando. O sonho do (a) educador (a) pode não somente tornar o seu “aqui - agora”, o seu saber, acessível ao educando, mas ir além de seu “aqui – agora”. Para que o educando ultrapasse o seu “aqui”, o educador tem que partir do “aqui” do educando e não do seu. O educador (a) não pode desconhecer, subestimar ou negar os “saberes de experiência feitos” com que os educandos falam, nos Círculos de Cultura.

No Círculo de Cultura todos educam e se educam mutuamente, tendo na sua prática o ponto de partida para a compreensão crítica de sua quotidianidade (FREIRE, 1978).

Desta maneira, Freire (2005, p. 90) afirma que “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Na área da saúde, principalmente na Enfermagem, inúmeros

trabalhos têm sido desenvolvidos com Círculos de Cultura, por meio da “ação e reflexão entre educandos e educadores em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, cidadania, qualidade de vida e outros” (HEIDEMANN, 2006, p. 81).

No Círculo de Cultura, segundo Fiori (2005, p. 10),

não se ensina, aprende-se em ‘reciprocidade de consciências’; não há professor, há um coordenador, que tem por função propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intenção direta no curso do diálogo.

O Círculo de Cultura consiste em uma das estratégias utilizadas para a realização do Itinerário Freireano, o referencial metodológico adotado para o desenvolvimento desta pesquisa. O itinerário freireano é composto pelas seguintes etapas que vão se inter-relacionando: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico; as quais serão apresentadas no capítulo a seguir.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter participativo, pautado dentro do referencial teórico da promoção da saúde, utilizando a estrutura conceitual e metodológica de Paulo Freire, conhecida como itinerário freireano. Esta metodologia compõe-se de três fases que estão intimamente interligadas, que são as seguintes: investigação temática e levantamento dos temas geradores; codificação e descodificação; e desvelamento crítico ou problematização (FREIRE, 2005).

A fase da investigação temática se caracteriza pelo investigar do pensar dos homens, é a identificação dos temas geradores extraídos de sua realidade vivencial, fase na qual se inaugura o diálogo da educação como prática da liberdade. Na segunda fase, ocorre a codificação e descodificação dos temas geradores levantados na fase da investigação temática, em que estes temas são problematizados e contextualizados de maneira crítica. A última fase é o desvelamento crítico ou problematização, fase esta representada pela tomada de consciência da situação existencial compartilhada, descobrindo os limites e as possibilidades da primeira fase (FREIRE, 2005; HEIDEMANN, 2006).

Deste modo, exibe-se, na sequência, apresenta-se o esquema do itinerário de pesquisa freireano, adaptado de Saupe (1999).

Esquema do Itinerário de Pesquisa

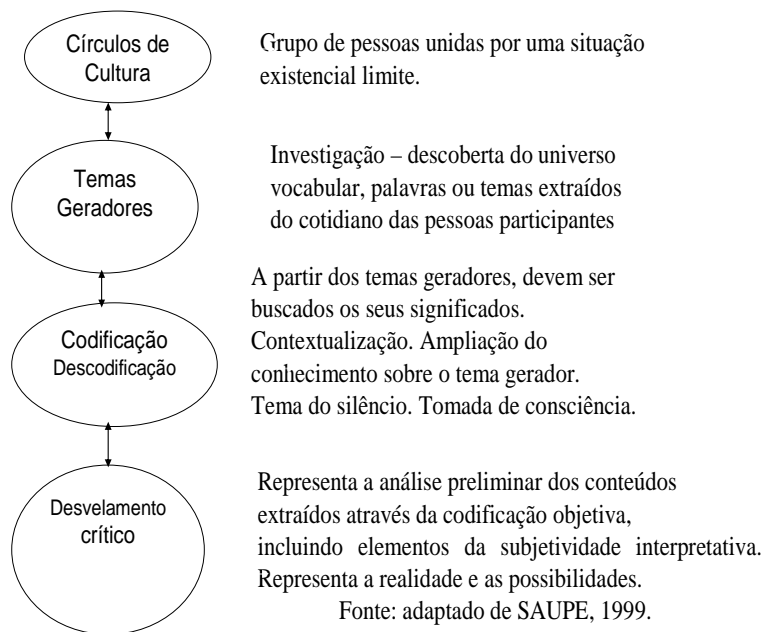


Figura 1 – Esquema do Itinerário de Pesquisa adaptado de SAUPE, 1999.

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC que possui aproximadamente 56.919 habitantes (IBGE, 2008). A população apresenta características bem diversificadas, sendo composta predominantemente por famílias de descendência européia, a partir da colonização de imigrantes alemães e italianos para esta região na segunda metade do século XIX. Mais recentemente, muitos migrantes de outras regiões do país aportaram no município.

A economia é diversificada, mas destaca-se a agricultura familiar, indústrias do ramo de confecções têxteis, metal – mecânico, comércio em geral e serviços.

Este município possui 11 equipes de ESF e 03 PACS, as quais, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, extraídos do SIAB

(2009) do município, perfazem uma cobertura de 95,51% da população. As 11 equipes estão alocadas em 12 unidades Básicas de Saúde.

As equipes de ESF realizam, entre suas ações, as reuniões com grupos. Inicialmente eram realizados os grupos de portadores de diabetes e hipertensão arterial, porém, mais recentemente, estes foram transformados nos grupos de saúde que recebem a população em geral, no entanto são mais frequentados por idosos. Além disso, há vários grupos de gestantes.

O presente estudo ocorreu em duas unidades de ESF, que denominaremos doravante de Unidade A e Unidade B.

A Unidade A situa-se na região leste do município e tem na sua área de abrangência uma população de 2.943 habitantes, distribuídos em 896 famílias. Do total de habitantes do bairro, 1.513 (51,41%) são do sexo masculino e 1.430 (48,59%) do sexo feminino. Esta população é composta por 423 (14,37%) crianças, 541 (18,38%) adolescentes, 1639 (55,70%) adultos e 340 (11,55%) idosos (SIAB, 2009).

A referida unidade encontra-se a 5 km do centro da cidade, e a maior parte de sua população está situada na zona urbana com trabalhadores de indústrias têxteis, principalmente a confecção de jeans.

Os habitantes de uma parte desta área são descendentes de italianos que sempre residiram no município. Há, no entanto, uma outra área composta de migrantes recentes, procedentes de outros estados.

A Unidade B, situada na região oeste do município, tem na sua área de abrangência uma população total de 5.001 habitantes. Esta é composta por 2.350 (47%) pessoas do sexo masculino, 2.651 (53%) do sexo feminino; 485 (9,70%) são crianças, 823 (16,45%) adolescentes, 2.931 (58,62%) adultos e 762 (15,23%) idosos.

Tal unidade dista a 3 km do centro da cidade, onde apresenta uma área urbana com famílias jovens, trabalhadores do comércio, serviços em geral e trabalhadores de indústrias. Ademais, tem uma área rural com uma agricultura de subsistência e com predominância de famílias idosas. Na sua maioria, os habitantes desta região da cidade são descendentes de alemães e da religião luterana.

Estas duas regiões, com suas respectivas unidades de saúde, foram escolhidas para o desenvolvimento da pesquisa pelo fato de estarem situadas em lados opostos do município, com uma população com diferentes características. A população da área leste que circunda a Unidade A tendo características multiculturais, enquanto que na área oeste na unidade B, a população predominante tem características culturais mais homogêneas.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com profissionais das ESF e usuários participantes de grupos de saúde desenvolvidos em duas unidades de ESF de um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC

No decorrer da pesquisa, a ocorrência da Gripe H₁N₁ no Estado tomou, como forma de medida preventiva, a suspensão de qualquer tipo de atividade coletiva em seu território num prazo de 45 dias. Devido a este percalço, o tempo para a realização da coleta de dados ficou limitado; sendo assim, optou-se em focar as atividades de um grupo com os profissionais da saúde, pois os grupos com os usuários foram desativados temporariamente por ocasião da troca de profissional enfermeiro, e de outro com os usuários e equipe de saúde.

Participaram dos círculos 31 pessoas sendo 16 profissionais, com média de idade de 20 à 50 anos, e 15 usuários entre 50 e 75 anos. Na Unidade A, participaram no total 11 pessoas, sendo 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 técnica de higiene dentária, 1 auxiliar administrativo e 7 ACS. Na Unidade B, foram no total 20 pessoas, sendo 11 usuários, 2 enfermeiras, 1 médico e 2 ACS, os quais aceitaram espontaneamente participar da pesquisa.

Como critério de seleção, foi utilizado grupos que estavam em funcionamento há no mínimo 06 meses.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos Círculos de Cultura, que são espaços de aprendizagem e conhecimento, os quais têm como elemento primordial o diálogo levando à ação e reflexão entre os sujeitos em torno de situações existenciais, abordando temas importantes de seu cotidiano (FREIRE, 1978).

Os Círculos de Cultura foram realizados no segundo semestre do ano de 2009, com um total de 06, sendo que 3 se deram na Unidade A com profissionais nas reuniões da equipe e 3 na Unidade B com usuários e alguns profissionais de saúde nos habituais encontros do grupo de saúde. Estas atividades de grupos de saúde desenvolvidas pelas ESF são de caráter educativo, e inicialmente tinham seu enfoque voltado aos portadores de hipertensão arterial e diabetes, porém a Secretaria de Saúde do município, buscando abranger um percentual maior da

população em suas atividades educativas, transformou o grupo de hipertensos e diabéticos no chamado grupo de saúde, onde qualquer pessoa, independente da idade, portador ou não de alguma patologia, pode estar participando desta atividade que acontece mensalmente. Já as reuniões de equipe são quinzenais e se dividem em dois momentos: o primeiro está direcionado para as questões organizacionais e de planejamento das atividades da ESF; e o segundo momento, destina-se às atividades de educação permanente da equipe.

Na Unidade A, onde participaram os profissionais da equipe, os Círculos de Cultura tiveram a duração aproximada de 60 a 90 minutos. Primeiramente foram apresentados os objetivos da pesquisa, e explicação do termo de consentimento. Em seguida, foi efetuada a pergunta: *Qual é a importância da atividade de grupo para vocês?* E então realizada a discussão, que ocorreu espontaneamente sem muita interferência da coordenadora. Ao final, foi combinada a forma de continuidade dos Círculos.

Os Círculos de Cultura da Unidade B, formados por usuários e profissionais, tiveram duração de cerca de 01 hora, onde era sempre cedido o primeiro momento do encontro do grupo de saúde para a realização deste tipo de atividade. Todos os participantes, inclusive a pesquisadora, ficavam dispostos em forma de círculo para facilitar e estimular o diálogo de maneira horizontalizada.

4.5 ENTRADA NO CAMPO

Ocorreu primeiramente através de contato com a coordenação das equipes de saúde da família e com o secretário de saúde do município. Após liberação por parte destes, foi feito contato com as duas unidades de saúde alvo da pesquisa e agendados os encontros.

A saída de campo ocorreu em virtude da saturação dos dados que deu-se através da conclusão das etapas da metodologia de Freire.

4.6 REGISTRO DOS DADOS

Para o registro dos dados, valeu-se de um gravador de áudio,

previamente autorizado pelos participantes, visando registrar os encontros na sua íntegra. A fim de melhorar a qualidade dos dados coletados por parte da pesquisadora, esta contou com a colaboração de duas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem que participaram como voluntárias para a manipulação dos equipamentos e auxílio nos registros de campo.

4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para facilitar a organização dos dados coletados, estes foram posteriormente transcritos e arquivados em pastas separadas de acordo com o grupo em que ocorreu o Círculo de Cultura.

Ao final de cada fase, os dados da pesquisa foram analisados à luz do referencial da promoção da saúde e do referencial metodológico de Paulo Freire, respeitando as etapas do Itinerário freireano, o qual prevê que o processo analítico dos dados qualitativos deve ocorrer de forma concomitante com a coleta de dados, por meio da realização dos Círculos de Cultura e em encontro com as orientadoras da pesquisa. Tendo em vista facilitar a análise e a visualização dos dados coletados, foram elaborados quadros com os temas geradores e suas respectivas fases dentro do itinerário, relacionando-os com as estratégias da promoção da saúde.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A operacionalização da pesquisa teve início apenas após parecer favorável do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº 045/09 (Anexo A) e pela banca de qualificação.

Referente aos aspectos éticos da pesquisa foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, conforme com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional Brasileiro. Elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B) que foi utilizado com todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa no momento do primeiro encontro, visando à autorização para o uso dos dados obtidos. Eles foram convidados a participar de forma espontânea,

sendo que a sua possível recusa não implicaria em qualquer tipo de prejuízo ou forma de constrangimento para os mesmos. Também foi garantida a possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer etapa do processo. O anonimato dos participantes foi garantido com o uso de codinomes, assim, foram identificados através das seguintes letras do alfabeto: “U” (usuários) e “P” (profissionais), seguida da letra A e B para identificação das Unidades de Saúde a que pertenciam.

5 RESULTADOS

Apresentam-se a seguir dois manuscritos que foram elaborados a partir dos resultados deste estudo. O primeiro manuscrito intitula-se *Ações educativas com grupos voltadas à promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiras: revisão de literatura* e o segundo manuscrito “*A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde à luz da Carta de Ottawa*”.

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instruções aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica para atender às Normas de Apresentação para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.1 MANUSCRITO 1 - AÇÕES EDUCATIVAS COM GRUPOS VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIRAS: REVISÃO DE LITERATURA

Manuscrito a ser submetido à Cogitare Enfermagem, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo B).

AÇÕES EDUCATIVAS COM GRUPOS VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIRAS: REVISÃO DE LITERATURA*

EDUCATIONAL ACTIVITIES WITH GROUPS FOCUSED ON HEALTH PROMOTION DEVELOPED BY NURSES: LITERATURE REVIEW

ACTIVIDADES CON LOS GRUPOS SE CENTRARON EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESARROLLADA POR LOS ENFERMEROS: REVISIONES DE LA LITERATURA

Lucia Helena de Souza Alves¹

Astrid Eggert Boehs²

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann³

RESUMO: A revisão objetivou levantar publicações de pesquisas sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil. A busca ocorreu em artigos de periódicos em português/espanhol, na base de dados LILACS e biblioteca SciELO, nos anos de 2003-2008. Selecionou-se 18, sendo os dados de identificação analisados sob frequência relativa e absoluta e os demais qualitativamente, agrupados por semelhanças e contrastes. 50% dos estudos objetivaram compreender percepções dos participantes do grupo sobre determinado tema ou primeiro passo para depois realizar a atividade proposta. Predominaram pesquisas participativas, com coleta de dados durante a realização do grupo. Os resultados apontaram como estratégias mais evidentes

*Artigo original derivado da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Desenvolvido junto ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde - NEPEPS do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

¹Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem UNIDAVI. R. Wenceslau Borini, 2144 – ap.506 – Santa Galo – CEP: 89.160-000 - Rio do Sul/SC. Membro do NEPEPS. E-mail: luh_11@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Orientadora da pesquisa. Coordenadora do NEPEPS. R. Valter Castelan, 929 – Jd Anchieta – Florianópolis/SC. E-mail: astridboehs@hotmail.com

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem de Saúde Pública, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Co-orientadora da pesquisa. Vice-coordenadora do NEPEPS. Servidão Natureza 160 – Campeche - Cep: 88063545 – Florianópolis/SC. E-mail: ivonete@nfr.ufsc.br

da Carta de Ottawa “desenvolvimento de habilidades pessoais” e “reorientação dos serviços de saúde”, as demais apareceram de forma incipiente. Mostraram também que atividades educativas com grupos são um importante dispositivo de promoção da saúde e uma possibilidade de área de atuação do profissional enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Saúde de Grupos Específicos.

ABSTRACT: This literature review aimed at finding out publications of researches on health promotion and health education and nursing with groups in Brazil. The search was made through periodical articles in Portuguese/Spanish on the LILACS databases and SciELO library, from the year 2003 to 2008. 18 articles were selected, whose identification data were analyzed through absolute and relative frequency, while the other ones were qualitatively analyzed and grouped as to their similarities and contrasts. 50% of the studies aimed at understanding the perceptions of the group members on a specific subject or first step, and then performing the proposed activity. The participative researches were the most used ones through the data collection during the work with the group. The results pointed as the most evident Ottawa Letter strategies: the “personal abilities development” and “health services reorientation”; other strategies were considered not relevant enough. It was also indicated that educational activities with groups is an important tool for health promotion and possible widening of the professional nurse work field.

KEYWORDS: Nursing; Health Promotion; Health Education; Health of Specific Groups

RESUMEN: Esta revisión de literatura tuvo como objetivo buscar publicaciones de investigaciones acerca de la promoción de la salud y educación en salud y enfermería con grupos en Brasil. La búsqueda ocurrió en artículos de publicaciones periódicas en portugués/español en la base de datos LILACS y biblioteca SciELO, entre los años de 2003-2008. Se seleccionaron 18 artículos y se analizaron sus datos de identificación a través de la frecuencia relativa y absoluta, los otros se analizaron cualitativamente y se los pusieron en grupos de semejanzas y distinciones. El 50% tuvieron como objetivo entender percepciones con participantes del grupo acerca de un tema específico o el primer paso, para entonces realizar la actividad propuesta. Se utilizaron más las investigaciones participativas con recolección de datos, casi siempre, durante los trabajos con los grupos. También se percibió que actividades educativas de promoción a la salud con grupos es una herramienta importante a la promoción de la salud y una nueva posibilidad de área de trabajo para el profesional enfermero.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Salud de Grupos Específicos.

INTRODUÇÃO

Pesquisas apontam que no último século ocorreram muitos e diversificados avanços na saúde pública e na medicina na maioria dos países, os quais refletiram significativamente na melhora das condições de vida e saúde da população. Diante deste contexto, também fez-se necessário o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

O conceito tradicional de promoção à saúde “foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, no esquema da História natural da doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva”^(1:353).

Na década de 70, surgiu formalmente o moderno movimento de promoção da saúde no Canadá, com a divulgação do Informe Lalonde⁽²⁾. Porém, foi a partir da Carta de Ottawa, proveniente da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986, que começou a ser trabalhada a nova visão de promoção da saúde⁽²⁾. A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o “processo de capacitação de indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”^(2:167). E esta traz como estratégias de promoção da saúde a implementação de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais⁽¹⁾.

No Brasil, com a Constituição de 1988, houve a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, então vigente, pois este não estava mais suprimindo as necessidades decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava⁽³⁾. Na base do processo de criação do SUS, encontram-se “o conceito ampliado de saúde; a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la; o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde; e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde”^(4:6), que visam sustentar o desenvolvimento individual e coletivo do homem por meio de ações com diversidade de enfoques.

As ações se caracterizam pela troca de informações, mediante a educação em saúde, que facilitam às pessoas a tomada de consciência da

sua situação de saúde, bem como das suas relações com os fatores político, econômico, social, cultural, ambiental e fisiológico⁽⁵⁾. Por conseguinte, a prática de educação em saúde é vista como um caminho integrador do cuidar, constituindo um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social⁽⁶⁾.

Desse modo, o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob o risco de adoecer⁽⁶⁾. Comumente, as atividades de educação em saúde são trabalhadas na forma de grupos, pois acredita-se que este tipo de vivência favorece a participação como maneira de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos e capacita-os, através do autocuidado, para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida^(7,8).

Pressupõe-se que atualmente no Brasil, com a Estratégia da Saúde da Família, cabe principalmente à enfermeira e à equipe de enfermagem a liderança das ações educativas relacionadas com a promoção da saúde realizadas em grupo. Assim, é importante conhecer a produção do conhecimento da enfermagem nesta área. Para tanto delineou-se a seguinte pergunta norteadora do estudo: como se configura a produção de conhecimento da enfermagem sobre grupos promoção/educação em saúde no Brasil?

A presente revisão teve como objetivo geral levantar as publicações de pesquisas existentes sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil; e como objetivos específicos levantar o perfil dos estudos sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil, e identificar nos resultados as atividades de grupo na promoção da saúde/educação em saúde, bem como o papel da enfermagem nestas ações grupais.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura com as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese (pergunta de revisão) e objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a seleção da

amostra de artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e elaboração de um instrumento para a coleta de dados; análise, discussão e apresentação dos resultados⁽⁹⁾.

A busca foi efetuada no primeiro semestre do ano de 2009, em artigos de pesquisa publicados em periódicos escritos em português e espanhol, na base de dado online LILACS e biblioteca SciELO, procurando identificar as ações educativas que estão sendo desenvolvidas com grupos pela enfermagem, voltadas à promoção da saúde, com os seguintes descritores: enfermagem, promoção da saúde, educação em saúde, grupos.

Os critérios de inclusão foram artigos completos publicados entre os anos de 2003 a 2008, associadas a pesquisas. Foram excluídos da amostra artigos que não tinham relação com a enfermagem, relatos de experiência, ensaios, reflexões.

Na primeira etapa de busca virtual, utilizando os descritores definidos, obtiveram-se 1360 artigos na base de dados LILACS e 644 artigos na biblioteca SciELO. Na segunda etapa, os artigos identificados foram submetidos aos critérios de inclusão, obtendo-se assim 106 artigos, destes, 06 eram semelhantes nas duas bases de dados. Sendo subtraída esta duplicidade, obtiveram-se 100, os quais foram criteriosamente lidos e submetidos aos critérios de exclusão. Destes 100 artigos, 82 preenchiam os critérios de exclusão. Assim, constituíram-se amostra deste levantamento 18 artigos.

Os 18 artigos selecionados foram submetidos ao instrumento de coleta de dados que contemplava os seguintes itens: título, autor(es), ano e periódico de publicação, proposta (objetivo) e população do estudo, referencial teórico, desenho da pesquisa, instrumentos de coleta de dados e principais resultados. Alguns dados de identificação dos artigos foram analisados sob frequência absoluta e relativa. Os dados teórico-metodológicos dos estudos e os demais dados relacionados aos resultados foram analisados qualitativamente, agrupados por semelhanças e contrastes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 18 artigos analisados, identificou-se que dois (11,1%) foram publicados em 2003^(10,11); apenas um (5,5%) em 2004⁽¹²⁾ e um (5,5%) em 2005⁽¹³⁾; cinco (27,8%) em 2006⁽¹⁴⁻¹⁸⁾; em 2007⁽¹⁹⁻²⁵⁾ houve o maior número de publicações, com sete artigos (39%), e dois artigos (11,1%) em 2008^(26,27).

Do total de 18 artigos, todos tiveram entre os autores enfermeiros

e acadêmicos de enfermagem. Destes 18 artigos, dezessete (94,5%) artigos foram publicados em revistas de enfermagem, apenas um (5,5%) foi publicado em uma revista da área de saúde⁽¹²⁾.

A população-alvo dos estudos das ações educativas de promoção da saúde foi de cinco (27,8%) grupos de gestantes^(13,14,19,24,25), quatro (22,2%) grupos de adolescentes^(11,12,17,27), quatro (22,2%) grupos de população adulta^(20,22,23,26), três (16,8%) grupos de diabéticos^(10,18,21), um (5,5%) grupo de idosos⁽¹⁶⁾, um (5,5%) grupo de famílias com crianças⁽¹⁵⁾.

Frente a tal realidade, torna-se possível a apresentação das principais áreas em que foram efetuados os estudos: treze (72,1%) na atenção básica^(10-12,15-21,25-28) em unidades de saúde e outros locais da comunidade como associações e escolas, três (16,8%) com grupos de ambulatorios de Hospitais Universitários^(13,14,23) e dois (11,1%) em ambiente de internação hospitalar^(22,24).

Esta maior concentração na atenção básica pode ser justificada pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada pelo SUS a partir de 1994 para auxiliar na reestruturação dos serviços de saúde no Brasil. A ESF apresenta como estratégia básica as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde da população em geral, nas quais houve uma importante mudança, desde a formação do profissional de enfermagem e da saúde como na gestão, enfatizando a relevância nos processos de hábitos saudáveis e uma melhor qualidade de vida⁽²⁸⁾. A ESF propõe que atividades educativas sejam realizadas regularmente pelas equipes, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. As atividades de educação em saúde são trabalhadas na forma de grupos, uma vez que se acredita que a vivência da educação em saúde, nesta forma, favorece a participação para garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde⁽⁷⁾.

Quanto aos objetivos, dos 18 estudos, oito (44,5%) objetivavam avaliar a percepção dos indivíduos durante e após ações em um grupo^(14,15,18,19,22,24,20,27), um (5,5%) de avaliar a percepção dos indivíduos antes e após ações em grupo⁽¹⁰⁾, e nove (50%) de compreender, levantar percepções a respeito de um determinado tema aproveitando pessoas que participavam de um grupo ou como primeiro passo para depois realizar a atividade proposta^(11,12,13,16,17,20,21,23,26).

Com relação aos referenciais teóricos, quatro (22,2%) destacam que utilizam Paulo Freire^(11,18,20,27), mencionado ora como método, ora

como referencial teórico. A promoção da saúde^(10,15,16,19,25) está citada em cinco estudos (27,8%), três (16,8%) estudos utilizam apenas referenciais mais técnicos como as terapias complementares e o climatério^(13,14,26). A representação social⁽¹⁷⁾ foi contemplada com um (5,5%) estudo, assim como o modelo de autocuidado de Orem⁽²²⁾. A não menção de referencial teórico^(12,21,23,24) ocorreu em quatro (22,2%) estudos.

No que tange aos desenhos de pesquisa, todos foram realizados com ou a partir de grupos. Assim, quatro (22,2%) foram referidos como pesquisa-ação^(13,14,19,20), um (5,5%) como convergente assistencial⁽²¹⁾ e dois (11%) como quase experimental^(10,22). A pesquisa qualitativa descritiva^(12,15,16,24) foi referida em quatro (22,2%) estudos e a pesquisa qualitativa sem detalhar a modalidade^(17,23,26) foi utilizada em três (16,8%). O método de Paulo Freire^(11,18,27) é mencionado em três (16,8%) pesquisas, e apenas um (5,5%) estudo não contém a menção do desenho, embora se trate de uma pesquisa qualitativa realizada com grupos⁽²⁵⁾.

Sobre as técnicas de coleta de dados, em quatro (22,2%) estudos há menção da utilização do método de Paulo Freire^(11,18,20,27) com a realização do círculo de cultura e complementado por observação participante, entrevistas e diário de campo. Em dois (11%) estudos, foi aplicado um questionário antes e após todas as atividades de grupo^(10,22), em oito (44,5%) estudos, os dados foram levantados durante a realização do grupo^(19,21,14,13,23,17,25,12) utilizando-se da pesquisa ação, grupo focal, grupo de convivência, entre outros, com a complementação de entrevistas individuais nos dias de atividade grupal. As entrevistas, após concluídas as atividades de grupo^(16,24,26), foram realizadas em três (16,8%) estudos. Em um (5,5%) dos estudos houve a participação das pesquisadoras nos grupos e após entrevistas no domicílio⁽¹⁵⁾.

Quanto aos resultados proporcionados pelas ações feitas em grupo exibidos pelos estudos, emergiram as seguintes categorias: benefícios de forma geral e benefícios imediatos das atividades; papel dos profissionais de saúde e de enfermagem; considerações sobre o círculo de cultura de Paulo Freire, sobre o grupo focal, pesquisa ação e jogos educativos.

Com relação à primeira categoria sobre os benefícios, os autores^(15,16,19,23,26) enfatizam que o desenvolvimento de atividades educativas voltadas para a promoção da saúde efetuadas em grupos favorecem o compartilhamento de saberes e experiências, ampliam o

conhecimento sobre a situação vivenciada, permitindo maior interação do conhecimento técnico com o empírico. Argumentam, também, que o grupo se mostrou como um ambiente gerador de inquietações, reflexões e busca de respostas.

Nos estudos que utilizaram técnicas específicas no grupo, como biodança, realizado com adolescentes⁽¹⁶⁾, técnicas corporais⁽¹³⁾ e jogos educativos com gestantes⁽¹⁴⁾, houve uma certa unanimidade de avaliar resultados positivos imediatos, constatados por entrevistas após as atividades desenvolvidas.

Referente às limitações ou dificuldades nas atividades grupais, o estudo feito com grupo de gestantes destaca que a diversidade dos participantes levanta expectativas e frustrações, uma vez que participaram gestantes com e sem seus companheiros, gerando frustração naquelas que estavam sem eles, pois não tinham com quem compartilhar o que estavam aprendendo⁽¹⁹⁾.

No que concerne à menção sobre a atuação dos enfermeiros nos grupos, dos 18 estudos apenas quatro (22,2%) fazem menção ao papel deste profissional^(10,15,18,22). Destes, três mostram a modalidade de grupo como uma importante estratégia de intervenção do enfermeiro^(15,18,22). Já um estudo a cerca de um grupo interdisciplinar de diabéticos refere que a participação da enfermagem é quase nula⁽¹⁰⁾, resumindo-se à verificação da glicemia capilar para a detecção da diabetes. Apenas um estudo de autoria de diferentes profissionais, entre os quais um enfermeiro, faz menção aos profissionais de saúde em geral sobre o papel de educadores⁽²⁵⁾. Importante referir aqui, que os demais estudos, mesmo não discutindo diretamente o papel da enfermagem, visto que não se constituíam os objetivos específicos dos estudos, nos faz inferir que o enfermeiro tem se destacado em buscar nos grupos uma forma de atuação. Acredita-se, que um dos fatores seja a própria mobilidade deste profissional, principalmente na atenção básica com as equipes de ESF, nas quais atua como liderança, tendo assim uma visão mais abrangente sobre o território.

Quanto aos métodos empregados nos grupos, dos quatro estudos que mencionaram ter utilizado as ideias do educador Paulo Freire, os resultados apontam que: a realização do Círculo de Cultura permitiu que as adolescentes explorassem e discutissem a respeito de diversos temas; observou-se como é importante o aprendizado emergir do próprio grupo, pois elas se percebem no seu contexto e puderam refletir sobre sua própria realidade⁽²⁷⁾; na perspectiva emancipadora, a estratégia de grupo possibilita participação ativa dos sujeitos e do enfermeiro na elaboração e construção de novos conhecimentos, ultrapassando o simples ato de

ensinar e aprender⁽¹⁸⁾; a dialogicidade apresentou-se como um caminho eficaz para facilitar ao portador de Diabetes Mellitus a possibilidade de adesão a novos hábitos de vida e para o desenvolvimento e aquisição de atitudes de autocuidado e co-responsabilidade com a comunidade⁽¹⁵⁾.

Referente ao grupo focal, avaliou-se que o grupo⁽¹⁷⁾ privilegiou a comunicação dos significados e expressão das experiências dos participantes em relação ao tema foco. Também foi avaliado que se constitui em uma estratégia de produção de dados para pesquisa científica, pois abre oportunidade para uma finalidade secundária que seria a implementação de programas de educação em saúde, mobilização de comunidades, entre outras. Já no tocante à pesquisa ação⁽¹³⁾, alegam que propiciou um processo participativo contínuo aos componentes do grupo, permitindo que todos os integrantes contribuíssem ativamente na construção do conteúdo e opinassem. É importante resgatar o que refere a literatura⁽²⁹⁾ sobre pesquisas participativas, que são as pesquisas cuja finalidade consiste em obter informações de um determinado problema e envolvimento dos atores destinados a resolver problemas práticos. Aqui se incluem a pesquisa ação e as demais modalidades como o Círculo de Cultura, entre outras. No Brasil e América Latina, existe uma longa tradição deste tipo de pesquisa, sendo que foi gerada no meio das ciências sociais. No entanto, mais recentemente, outras áreas a têm utilizado, como o caso da saúde coletiva.

A partir da apresentação destes resultados é relevante salientar que a ideia de promoção da saúde nos grupos está embasada nas ideias geradas em Ottawa, mesmo que isto não esteja explícito em grande parte dos estudos. Ao retomar as estratégias desta Carta, e revermos esta revisão podemos inferir que os estudos estão fortemente direcionados para as estratégias de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Independente do tipo de estratégia utilizada, todos procuraram instigar os participantes a dialogarem e refletirem sobre sua realidade, levando-os a interferirem nela, tornando-se assim agentes promotores de sua saúde, visando à melhora de sua qualidade de vida. Assim, pode-se inferir tais atividades mostram que os enfermeiros avançam fortemente para possibilitar a estratégia do reforço da ação comunitária da Carta de Ottawa nas atividades de grupo.

Outro aspecto significativo apresentado foi a relevante participação do profissional enfermeiro frente às atividades de grupo, vista como uma nova e importante possibilidade na ampliação de sua área de atuação.

Desta forma, corrobora-se com a afirmação de que o trabalho em

grupo é uma técnica facilitadora para que se coloquem em prática os pressupostos da promoção da saúde. Estes grupos permitem a troca de experiências entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades. E é partir de propostas conjuntas com os indivíduos que vivenciam experiências similares que membros de uma determinada comunidade podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da realidade compartilhada que repercutem na sua saúde, configurando-se, assim, como sujeitos de suas próprias vidas⁽³⁰⁾.

A estratégia de habilidade pessoal apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais⁽³¹⁾. A de reorientação do serviço de saúde sugere que estes serviços, a partir da promoção da saúde, dependam de uma ação compartilhada entre os diversos segmentos da sociedade: indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e governos. E a estratégia do reforço da ação comunitária deve ser estimulada nas atividades de grupo para fortalecer a atuação de indivíduos e comunidades a desenvolver as ações em saúde que visem sua autonomia como sujeitos. Para isso, a promoção da saúde deve implementar estratégias que dêem suporte social às comunidades e aumentem a habilidade dos grupos e indivíduos para organizar suas vidas. Os serviços de saúde devem trabalhar, no sentido da promoção da saúde, adotando uma postura coerente e que respeite as diversidades culturais existentes na sociedade, e ainda voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que aponte para a integralidade das ações de saúde. Propõem, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde⁽³¹⁾.

Por outro lado, a promoção da saúde deve ir além do desenvolvimento de habilidades individuais, para considerar as políticas mundiais e locais, as parcerias, os sistemas econômicos e de informações, entre outros. Tornar a promoção da saúde um elemento fundamental da agenda de desenvolvimento mundial, uma responsabilidade de todos os governantes, priorizando uma atuação voltada às comunidades e à sociedade civil em geral. Porém, a promoção da saúde pode ser viabilizada pela educação em saúde, como um processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social e busca da melhoria da qualidade de vida⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

Com a identificação e análise dos estudos referentes às publicações de pesquisas sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos, no Brasil, notou-se que cada um, independente de suas peculiaridades, procurou, de alguma maneira desenvolver de forma criativa ações direcionadas para a promoção da saúde dos participantes.

Esta revisão leva-nos a inferir que as estratégias da promoção da saúde mais evidentes nos estudos em questão foram as de “desenvolvimento de habilidades pessoais” e “reorientação dos serviços de saúde”. Cabe ressaltar que a criatividade utilizada nas ações de educação em saúde mostra que o profissional enfermeiro está trabalhando de forma positiva para que ocorra a reorientação dos serviços de saúde, em longo prazo, mediante ações dialógicas e de reflexão da realidade. Buscando assim, tornar os participantes agentes promotores de sua saúde, plantando sementes para o reforço da ação comunitária.

O trabalho com grupos é um importante dispositivo de promoção da saúde e uma nova possibilidade de área de atuação do profissional enfermeiro. Sendo assim, recomenda-se a realização de novas pesquisas que venham a identificar as possibilidades e os limites do desenvolvimento desta prática dentro do contexto da enfermagem de forma mais ampla. A presente revisão está limitada aos estudos brasileiros e da América Latina, portanto seria importante compreender como está a situação da enfermagem com trabalhos de grupos de promoção da saúde em nível mundial.

REFERÊNCIAS

1. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr/Jun; 15(2):352-8.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva.* 2000; 5(1): 163-77.
3. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campis GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond J, Carvalho YM de. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo(SP): HUCITEC; 2006. p. 635-67.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

5. Trentini M, Tomas N, Polak Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Cogitare Enferm.* 1996 Jul/Dez; 1(2):19-24.
6. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007 Mar/Abr; 12(2):335-42.
7. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Jan/Mar; 17(1):90-7.
8. Pomatti DM, Souza C. Repercussão das atividades educativas no dia-a-dia dos hipertensos participantes de um grupo. *Bol. da Saúde.* 2003 Jul/Dez; 17(2):147-58.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Out/Dez; 17(4):758-64.
10. Miyar, LO. Impacto de um programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 em la comunidad. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2003 Nov/Dez; 11(6):713-9
11. Cardoso CP, Cocco MIM. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2003 Nov/Dez; 11(6):778-85.
12. Costa AGM, Monteiro EMLM, Vieira NFC, Barroso MGT. A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2004; 16(3):43-9.
13. Reberte, LM, Hoga LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Abr/Jun; 14(2):186-92.
14. Hoga LAK, Reberte LM. Técnicas corporais em grupos de gestantes: a experiência dos participantes. *Rev Bras Enferm.* 2006 Mar/Jun; 59(3):308-13.
15. Macêdo VCD, Monteiro ARM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr/Jun; 15(2):222-30.
16. Alencar BP, Mendes MMR, Jorge MSB, Rodrigues MSP. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr/Jun; 15(n.esp):48-54.

17. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr/Jun; 15(2):205-11.
18. Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006 Mar; 27(1):60-70
19. Hoga LAK, Reberte LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Rev. esc. Enferm. USP.* 2007 Dez; 41(4):559-66.
20. Souza KV, Tyrrel MAR. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan/Mar; 16(1):47-54.
21. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan/Mar; 16(1):105-11.
22. Pádula MPC, Souza MF. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. *Acta paul enferm.* 2007 Abr/Jun; 20(2):168-74.
23. Kerkoski E, Borenstein MS, Gonçalves LO, Francioni FF. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr/Jun; 16(2):225-32.
24. Reis SH, Bonadio IC. Jogo educativo sobre os sinais do parto para grupo de gestantes. *Revista Nursing.* 2007 Out; 10(113):460-6.
25. Silva RMS, Pivetta HMF, Vieira EL, Battistel ALHT, Gracioli M, Righi RC. Incentivo ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Santa Maria-RS. *Cogitare Enferm.* 2007 Jan/Mar; 12(1):95-100.
26. Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Jul/Set; 17(3):519-26.
27. Beserra EP, Pinheiro PNC, Barroso MGT. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2008 set; 12 (3):522-8.
28. Cianciarullo TI. Saúde na família e na comunidade. São Paulo (SP): Robe; 2002.
29. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo (SP):

Cortez; 1998.

30. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2005 Ago; 26(2):147-53.
31. World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. Ottawa (Canadá): WHO; 1986.
32. Pelicioni MC, Pelicioni MF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo Saúde.* 2007 Jul/Set; 31(3):320-8.

5.2 MANUSCRITO 2 - A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DA CARTA DE OTTAWA

Manuscrito a ser submetido à Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo C).

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS GRUPOS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE
À LUZ DA CARTA DE OTTAWA***

**PERCEPTION OF PROFESSIONALS AND USERS OF THE
FAMILY HEALTH STRATEGY GROUP ON HEALTH
PROMOTION
LIGHT OF THE OTTAWA CHARTER**

**LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES Y USUARIOS DE
LA FAMILIA DE ESTRATEGIA DE SALUD SOBRE
PROMOCIÓN DE LA SALUD
LUZ DE LA CARTA DE OTTAWA**

Lucia Helena de Souza¹

Astrid Eggert Boehs²

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann³

RESUMO

Pesquisa qualitativa participativa, que objetivou conhecer a percepção dos usuários/equipe de ESF sobre grupos desenvolvidos em unidades de saúde de um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC. Na coleta de dados utilizou-se o Itinerário Freireano em 06 Círculos de Cultura com usuários/profissionais de 02 equipes de ESF, sendo investigados 24 temas, desveladas em 02 temáticas significativas, analisadas à luz da Carta de *Ottawa*. Os resultados indicaram que as ações de promoção da

*Artigo original derivado da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Desenvolvido junto ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde – NEPEPS do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

¹ Mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem UNIDAVI. R. Wenceslau Borini, 2144 – ap.506 – Santa Galo – CEP: 89.160-000 - Rio do Sul/SC. Membro do NEPEPS. E-mail: luh_11@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Orientadora da pesquisa. Coordenadora do NEPEPS. R. Valter Castelan, 929 – Jd Anchieta CEP:88037-300 – Florianópolis/SC. E-mail: astridboehs@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem de Saúde Pública, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Co-orientadora da pesquisa. Vice-Coordenadora do NEPEPS. Servidão Natureza 160 – Campeche, Cep: 88063545 – Florianópolis/SC. E-mail: ivonete@nfr.ufsc.br

saúde realizadas nos grupos estudados, estão mais fortemente alinhadas com “reorientação dos serviços de saúde” e “desenvolvimento de habilidades pessoais”. As ações de lazer realizadas mostram indícios de intersetorialidade e participação social. Porém, as atividades desenvolvidas nos grupos estão muito voltadas para a doença; os serviços de saúde ainda sofrem influência do modelo curativo, individual; há dificuldade de entendimento sobre o conceito de prevenção e promoção da saúde, tanto para profissionais como usuários. Cabe ressaltar que a metodologia utilizada nesta pesquisa, possibilitou aproximações entre profissionais e usuários, e também o diálogo em torno das situações e temáticas levantadas. Conclui-se que as ações de promoção ainda necessitam ser ampliadas nestes grupos e que os Círculos de Cultura propostos por Paulo Freire constituem-se uma base importante para isto.

Descritores: Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

This is a participative and qualitative research that aimed at knowing the perception of the ESF users and team about groups developed in health units in a city in the Alto Vale do Itajaí/SC region. For collecting the data, the Freireano Itinerary was used in 06 Culture Circles with professional/users of 02 ESF teams. 24 themes were investigated and revealed into 02 major themes, which were analyzed based on the Ottawa Letter. The study results showed that health promotion actions developed into the study groups are more strongly connected to the “reorientation of the health services” and “the personal abilities development”. The leisure actions developed have shown some cross-sector relations and social participation. However, the activities developed into the groups are still mostly turned to the illness; the health services are still influenced by the individualistic and curative model; prevention and health promotion are not clearly conceptualized for both professionals and users. It is important to highlight that the methodology used in this research made possible the approximation of the professionals and users, as well as the dialogue about the situations and themes brought up. It was concluded that health promotion actions still need to be widened into such groups and that the Culture Circles proposed by Paulo Freire are an important basis for that.

Descriptors: Health Promotion; Health Education; Family Health; Nursing.

RESUMEN

Esta es una investigación cualitativa participativa que tuvo como objetivo saber la opinión de los usuarios y del equipo de la ESF acerca de los grupos desarrollados en unidades de salud de una ciudad de la región del Alto Vale do Itajaí/SC. Para la recolección de los datos se utilizó el Itinerario Freireano en 06 Círculos de Culturas con usuarios/profesionales de 02 equipos de ESF. Se investigaron 24 temas y se los priorizaron en 02 temas significativos con sus análisis basados en la Carta de Ottawa. Los resultados del estudio mostraron que las acciones de promoción de la salud realizadas en los grupos de estudio están mayormente volvidas a la “reorientación de los servicios médicos” y el “desarrollo de capacidades personales”. Las acciones de ocio desarrolladas muestran aspectos de intersectorialidad y participación social. Sin embargo, las actividades desarrolladas en los grupos se vuelven, en su mayoría, hacia la enfermedad; los servicios médicos todavía sufren la influencia del modelo curativo, individual; no están claros los conceptos de la prevención y de la promoción de la salud, tanto para los profesionales como para los usuarios. Es importante exponer que la metodología utilizada en esta investigación hizo posible la aproximación entre profesionales y usuarios, además del diálogo acerca de las situaciones y temas abordados. Se concluye que las acciones de promoción de la salud todavía necesitan ser ampliadas en estos equipos y que los Círculos de Cultura propuestos por Paulo Freire constituyen una base importante para ello.

Descriptor: Promoción a la Salud; Educación en Salud; Salud de la Familia; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Na grande maioria dos países, a ocorrência de progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, os quais também refletiram na saúde pública e na medicina, culminou em uma melhora significativa nas condições de vida e saúde da população neste último século⁽¹⁾. Paralelamente, houve uma revalorização da promoção da saúde, em que diferentemente da, na década de 40, foi definida a partir do esquema da História natural da doença (modelo de Leavell & Clark), como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva⁽²⁾. Porém, nos últimos 35 anos, este campo sofreu uma rápida e expressiva evolução, tanto em nível teórico, como na formulação de estratégias inovadoras de implementação, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado^(1,3). Mas foi a partir da Carta de Ottawa,

proveniente da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986, que começou a ser trabalhada a nova visão de promoção da saúde, a qual tem sido definida como processo de capacitação de indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo⁽¹⁾. E apresenta como estratégias de promoção da saúde a implementação de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais^(2:353).

No Brasil, e em vários países da América Latina onde as desigualdades socioeconômicas prevalecem, a promoção da saúde ainda tem pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país⁽⁴⁾. No entanto, muitas propostas são criadas na área da saúde visando ao desenvolvimento de ações de promoção, principalmente voltadas para a reorganização da atenção à saúde e o Sistema único de Saúde (SUS).

Em 1994, o SUS, com o intuito de alavancar a reestruturação dos serviços de saúde pública no Brasil, implanta a Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma estratégia que facilita a integração e promove a organização das atividades dos serviços de saúde em um território definido, reafirmando e incorporando os princípios básicos do SUS. As ações de promoção da saúde na ESF geralmente são trabalhadas através da prática de educação em saúde, que é vista como um “caminho integrador do cuidar, constituindo um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social”^(5:340).

Dessa maneira, o conceito de Educação em Saúde está “ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob o risco de adoecer”^(5:339). Atividades educativas na prática da ESF constituem-se em ferramentas essenciais no incentivo à autoestima e autocuidado dos sujeitos, visando uma melhor qualidade de vida. Cotidianamente, tais atividades são trabalhadas nas ESF na forma de grupos de saúde, pois acredita-se que favoreçam a participação, garantindo ao indivíduo e a comunidade a possibilidade de decidirem sobre seus próprios destinos, e capacite-os para atuarem na melhoria de sua condição vivencial⁽⁶⁾.

O que se observa nas rotinas das ESF é que o desenvolvimento de atividades educativas são, em sua maioria, de caráter preventivo, voltadas para a questão da doença, em que a promoção da saúde é pouco estimulada, sendo importante introduzir as suas 05 estratégias de ação.

Neste sentido, a pesquisa fundamenta-se nas expectativas dos usuários participantes dos grupos e da equipe de ESF quanto às atividades desenvolvidas. Pretende-se refletir como as referidas atividades estão pautadas dentro das estratégias da promoção da saúde da Carta de Ottawa (1986).

A partir deste contexto, delineou-se, como objetivo geral, conhecer a percepção dos usuários e da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos em uma unidade de saúde de um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC; e como objetivos específicos, identificar as expectativas dos usuários e da equipe de ESF quanto às ações desenvolvidas nos grupos e analisar as ações desenvolvidas a partir das cinco estratégias para a promoção da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa participativa pautada dentro do referencial teórico da promoção da saúde, utilizando a estrutura conceitual e metodológica de Paulo Freire, conhecida como itinerário freireano. Esta metodologia compõe-se de três fases que estão intimamente interligadas a saber: investigação temática, que visa a identificação dos temas geradores extraídos de sua realidade; codificação e decodificação, onde ocorre a contextualização e problematização dos temas geradores; e desvelamento crítico, com a tomada de consciência da realidade^(7,8).

A pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde de um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC, com características socioeconômicas e culturais bastante distintas entre si. Participaram dos círculos 16 profissionais e trabalhadores das ESF (enfermeiros, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, ACS, auxiliar administrativo) e 15 usuários, os quais aceitaram espontaneamente participar da pesquisa.

Ocorreu no segundo semestre do ano de 2009, mediante a utilização do itinerário freireano, com a realização de 06 Círculos de Cultura, que são espaços de aprendizagem e conhecimento, os quais têm como elemento primordial o diálogo, levando à ação e reflexão entre os sujeitos em torno de situações existenciais, abordando temas importantes de seu cotidiano⁽⁹⁾.

Os Círculos aconteceram durante os encontros do grupo de saúde

e nas reuniões de equipe, habitualmente realizadas pelas ESF, a fim de facilitar assim o acesso dos sujeitos envolvidos no estudo. Esta atividade em grupo desenvolvida pela ESF é de caráter educativo, e inicialmente tinha seu enfoque direcionado aos portadores de hipertensão arterial e diabetes.

Cada Círculo teve duração aproximada de 01 hora. Em ambos os grupos era sempre cedido o primeiro momento do encontro para a realização da atividade de círculo de cultura. Todos os participantes, inclusive a pesquisadora, ficavam dispostos em forma de círculo para facilitar e estimular o diálogo de maneira horizontalizada.

Para o registro dos dados, valeu-se de um gravador de áudio, previamente autorizado pelos participantes, com o objetivo de registrar os encontros na sua íntegra. Também utilizou-se caderno de campo para a descrição das atividades realizadas e percepções. A fim de melhorar a qualidade dos dados coletados por parte da pesquisadora, esta contou com a colaboração de duas voluntárias para a manipulação dos equipamentos e auxílio nos registros de campo.

A fim de facilitar a organização dos dados coletados, estes foram posteriormente transcritos e arquivados em pastas separadas de acordo com o grupo em que ocorreu o círculo de cultura.

Ao final de cada fase, os dados foram discutidos à luz do referencial da promoção da saúde e do referencial metodológico de Paulo Freire, respeitando as etapas do Itinerário, o qual prevê que o processo analítico dos dados qualitativos deve ocorrer de forma concomitante com a coleta de dados, por meio da realização dos Círculos de Cultura e em encontro com as orientadoras da pesquisa. Para facilitar a análise e visualização dos dados coletados, foram elaborados quadros com os temas geradores e suas respectivas fases dentro do itinerário, relacionando-os com as estratégias da promoção da saúde.

A operacionalização da pesquisa teve início apenas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº 045/09, e banca de qualificação. Respeitando os princípios éticos e buscando manter o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados através das seguintes letras do alfabeto: “U” (Usuários) e “P” (Profissionais) e letras A e B para identificar as Unidades de Saúde, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os participantes da pesquisa.

RESULTADOS

INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

A primeira fase, denominada de investigação temática, teve por objetivo levantar os temas geradores. Foram realizados em 02 Círculos de Cultura, um com profissionais da Unidade A na sala de reuniões da unidade de saúde e outro com usuários/profissionais da Unidade B na associação de moradores do bairro. Neste primeiro momento, a pesquisadora levantou por meio de diálogo com os participantes, questionamentos relacionados aos objetivos, dificuldades e metodologias que eram trabalhadas no grupo, bem como a temática da promoção da saúde.

No Círculo de Cultura da Unidade A, estando presentes 10 profissionais, foram realizadas algumas questões para estimular o diálogo como: *“O que é o grupo para você?”* *Qual a importância de participar do grupo para você?”*.

Nesta etapa de investigação temática, os participantes dialogavam abertamente sobre os temas que iam sendo levantados. Dentro do contexto da Unidade A, foram identificados 16 temas geradores associados com as atividades de grupo, sendo os seguintes: 1. *existem microáreas que são distantes do local de encontro*; 2. *alguns profissionais têm dificuldade em participar, pois não são liberados de suas atividades rotineiras*; 3. *os temas abordados são repetitivos e pouco atrativos*; 4. *a linguagem utilizada pelos profissionais dificulta o entendimento e intimida a participação dos usuários*; 5. *é difícil trazer os usuários de volta para participarem*; 6. *a separação do grupo de gestantes do dia da consulta pré-natal dificulta a sua participação*; 7. *dificuldade de conseguir profissionais diferentes para participar*; 8. *os usuários dão mais atenção aos profissionais do que ao ACS*; 9. *os jovens não participam*; 10. *o idoso tem dificuldade de mudar seus hábitos*; 11. *mudança frequente de profissional enfermeiro na ESF dificulta o vínculo com a equipe e comunidade*; 12. *a participação auxilia na melhora no cuidado com a alimentação e uso do medicamento*; 13. *a realização de atividades recreativas estimula participação dos usuários*; 14. *o tema que a gente gostaria de abordar é aquilo que a gente identifica na comunidade*; 15. *criação de outros tipos de grupos*; 16. *a gente tá com essa equipe há mais de 02 anos*.

Frente aos temas levantados, percebeu-se que a temática que mais incomodava os usuários e profissionais na Unidade A estava relacionada principalmente às trocas frequentes do profissional enfermeiro, evidenciando situações conflitantes, deixando os demais profissionais angustiados, e caracterizando-se como um momento de

desabafo dos participantes, conforme elucidados nas falas a seguir:

A enfermeira foi lá e falou de alimentação, sobre o cuidado com o sal, sobre tomar líquidos, todos aqueles cuidados básicos e as orientações...depois outra enfermeira [...] fez a mesma coisa...daí trocou a enfermagem de novo, a chefia...e a mesma coisa... P1 A

A gente tá tentando fazer assim, mas depois, se entra outra pessoa que não gostar, vai mudar tudo de novo, não considera a gente. P2 A

A gente já tá com essa equipe há mais de 2 anos, mas a gente tá sem suporte. P8 A

Outro tema levantado foi a metodologia e linguagem utilizadas pelos profissionais de nível superior na condução das atividades:

É assim, o nosso pessoal de lá, que é a maioria idosos, eles têm pouco estudo, então assim, eles têm muita dificuldade de entender o que o profissional fala, a linguagem [...] Eles até podem falar de comer uma coisa, uma alface, mais se fala dieta, eles nem sabem bem certo o que é isso...e se eles falam de hipertensão, eles nem sabe o que é, daí se fala de pressão alta, daí sim...então às vezes, se bem que, os nossos profissionais, eles são bem né, eles falam bem o português assim, mas eles têm muita dificuldade. P2 A

Identificou-se também, durante o Círculo de Cultura, que as atividades no grupo estavam direcionadas para a doença e aconteciam de forma repetitiva, o que não atraía muito a participação dos usuários, os quais tinham preferência por assuntos diversificados e recreativos:

Daí eles acharam muito interessante, porque uma coisa que assim, não..., que eles não imaginavam, porque achavam de novo que seria sobre sal, sobre isso e aquilo, e no fim era outro assunto, e daí eles foram bem participativos... e isso sim, eu achei que eles gostaram naquele dia, e eu acho interessante o grupo... mais assim... ele deveria ser menos repetitivo. P1 A

Tipo aquela nossa festa [...] eles se sentem bem num ambiente junto com a gente, depois eles vão ir pro grupo com a gente [...] E agora, depois desta festa, aí eu acredito que venha mais, pois a gente chega na casa deles aí e os pacientes já comentam, já avisam, já falam que vão vir". P2 A

No Círculo de Cultura da Unidade B, em que estavam presentes 05 usuários e 03 profissionais, foram realizados os questionamentos da Unidade A e surgiram 08 temáticas significativas relacionadas com as atividades de grupo: 1. *dia que tem festa, vem muito mais gente*; 2. *muitas atividades para os idosos participarem*; 3. *horário de realização dificulta a participação dos usuários*; 4. *gostam de dormir no período da tarde*; 5. *obrigação em participar*; 6. *muitas pessoas dão desculpas para não participarem*; 7. *tem pessoas que acham que é só para idosos, diabéticos e/ou hipertensos*; 8. *estão satisfeitos e é bom participar*;

ganha conhecimento participando das atividades.

Quanto ao tema “muitas atividades para os idosos participarem”, é importante ressaltar que a maioria dos participantes encontra-se na terceira idade. Atualmente, o município vem desenvolvendo atividades diversificadas de lazer e cultura, buscando cada vez mais a inclusão desta população junto à sociedade. Todavia estas não são em parceria com as unidades de saúde, cada setor desenvolve separadamente suas atividades. Sendo assim, quando os grupos promovidos pelas unidades de saúde ocorrem em datas que coincidem com as outras atividades para os idosos, estes não participam dos encontros, optando pelas atividades recreativas, como se verifica na fala a seguir:

As pessoas deveriam respeitar, aproveitar e vir aqui, né. Deixar a festa, o bingo e vir [...]. U1 B

Outro tema relevante que influenciou significativamente na participação no grupo foi o horário de realização dos encontros no período vespertino:

É...tipo numa quinta-feira, aí...vinha de manhã pra ginástica e depois tinha que voltar à tarde para o grupo[...] É bom tirar uma sonequinha depois do almoço. U2 B

Os participantes também evidenciaram que a participação nos encontros do grupo para alguns usuários era vista como uma obrigação devido ao fornecimento de medicação, como no caso da fala de U1 B:

Eu acho que é uma obrigação da gente, antes não, mas hoje em dia que a gente é bem atendida, ganha os remédios, isso é uma obrigação. Eu acho que a gente teria como obrigação, já tá aposentado, não custa vir, eu acho. U1 B

Dialogou-se ainda no Círculo de Cultura sobre a temática de que muitas pessoas dão desculpas para não participarem dos encontros. Acredita-se que isto ocorra devido à falta de conhecimento delas em relação aos reais objetivos de um grupo e muitas vezes porque as metodologias que estão sendo desenvolvidas são pouco dinâmicas e os usuários preferem as mais participativas e recreativas.

Outra temática abordada foi que muitas pessoas acham que o grupo é só para idosos, diabéticos e/ou hipertensos. Tal visão pode estar atrelada ao modelo de saúde adotado pelo município, que anteriormente trabalhava as questões educativas voltadas para as doenças crônicas, e que a divulgação está falha, porque não está clara, conforme relato de U4 B:

É, outra coisa é assim, ó. Se perdem assim, ó... que não é só pra pessoas da terceira idade, a ginástica, o grupo, é para todo mundo que quiser participar [...] tem que divulgar mais. U4 B

Este diálogo nos Círculos de Cultura também levou à reflexão quanto a questões referentes à baixa adesão dos usuários aos encontros,

como pode ser visto nas seguintes falas:

Eu tô satisfeita... agora, cadê todo mundo, eu não sei, não sei [...] É que tem muita coisa pra gente ir, esse mês teve passeio, encontro no Encontro dos Rios, muita coisa, tudo isso por lá, daí aqui também tem, daí eles deixam de vir aqui, a gente sai muito. U1 B

É, mas dia de festa vem muito mais gentes, muito mais, isso encheu aí. U3 B

Ah! Tem muita gente que não vem porque gostam de dormir. P1 B

O Círculo de Cultura na Unidade B transcorreu de forma diferente da Unidade A pelo fato de estarem presentes em um mesmo espaço usuários e profissionais, em alguns momentos, os usuários ficaram um pouco intimidados. No entanto, pela disposição das cadeiras em círculo e pela postura adotada para possibilitar o diálogo, aos poucos os usuários compreenderam que o ambiente estava propício para colocar suas opiniões. Na segunda fase do Itinerário de Pesquisa, buscou-se discutir os temas investigados no primeiro momento, o que será descrito a seguir.

CODIFICAÇÃO E DESCODIFICAÇÃO

Para que ocorresse a segunda fase, codificação e descodificação, foi realizada leitura minuciosa da transcrição do primeiro Círculo de Cultura de cada Unidade, no qual aconteceu a investigação temática. Além disso, dialogou-se com as orientadoras, e confeccionou-se painel com os temas geradores para apreciação dos participantes no segundo círculo.

A realização do segundo Círculo de Cultura em cada unidade aconteceu após um intervalo de aproximadamente 45 dias, em virtude da suspensão de atividades coletivas no município em função da ocorrência da Gripe H₁N₁.

Neste Círculo de Cultura, buscou-se validar ou não os temas levantados na fase de investigação, partindo para a fase seguinte do itinerário freireano, chamada de codificação e descodificação dos temas geradores.

No Círculo de Cultura da Unidade A, estavam presentes 08 profissionais participantes do primeiro círculo, os demais atendiam ao público, pois a unidade precisou estar aberta nesta tarde.

Para dar início às atividades, foi feita uma breve retrospectiva do Círculo anterior, e posteriormente exposto no quadro imantado tarjetas com a descrição de diversas falas levantadas no primeiro Círculo. Com a exposição de tais temáticas, todos puderam visualizá-las melhor e proceder sua análise. Dentro deste universo de 16 temas geradores

identificados, foi possível averiguar que muitos destes estavam interligados. A etapa seguinte foi então tentar fazer a junção dos mesmos, porém os participantes tiveram certa dificuldade, preferindo dialogar a respeito de cada tema individualmente para proceder a codificação e a decodificação.

Percebeu-se neste encontro que todos os presentes demonstravam estar bem à vontade para realizarem suas reflexões e diálogos, e que o clima entre os membros da equipe estava mais tranquilo e com um ar de motivação. Estavam particularmente satisfeitos com a admissão de um novo profissional enfermeiro que foi contratado recentemente para fazer parte da equipe.

Com a realização do Círculo na Unidade A, também foi realizado encontro com as orientadoras, para proceder a codificação e decodificação. Assim, dos 16 temas investigados na primeira fase do itinerário freireano, foram codificados e decodificados nestes Círculos em 03 temáticas significativas, conforme quadro a seguir:

Quadro I – Temas geradores codificados e decodificados da Unidade A.

Temas Geradores Codificados e Descodificados

1. Dificuldade de realizar o diálogo entre os profissionais e com os usuários;
2. Desenvolvimento das atividades voltadas para a doença, não há clareza do que é um grupo;
3. Metodologia utilizada não atende as expectativas do grupo.

Fonte: Círculo de Cultura realizado na Unidade A, 2009.

Nesta fase de codificação e decodificação, um tema bastante enfatizado pelos participantes foi a dificuldade de diálogo, como pode ser vista na fala de P6 A:

A gente nunca tem abertura. P6 A

Este dado pode estar relacionado com a troca constante de enfermeiro na Unidade o que dificulta a formação de vínculo, de diálogo e muitas vezes também ocorre desrespeito aos profissionais com menor nível de escolaridade.

Quanto ao desenvolvimento das atividades de grupo voltadas para a doença, relaciona-se também com a troca de chefia. Estes novos enfermeiros que passaram pela Unidade A nos últimos tempos, em sua maioria, desconsideraram as experiências anteriores e desvirtuaram-se do novo enfoque que o município busca dar aos grupos de saúde. As

atividades acabam ocorrendo de acordo com o modelo biomédico vigente no município, através de uma metodologia bancária, autoritária, centrada em doenças crônicas e no repasse de medicamentos, levando à repetição de assuntos, fazendo com que os usuários não se sintam atraídos por tais atividades. Como pode ser observado na seguinte fala:

Eles entram e fazem tudo como querem, nunca procuram a gente. P3 A

Como que a gente vai fazer alguma coisa, pois se entra uma chefia e não gosta, vai querer trocar tudo de novo. Nunca há uma continuidade. P2 A

O usuário sente-se intimidado e constrangido para fazer seus questionamentos, acabando por ficar confuso com as informações que estão sendo repassadas. Isto faz com que a interação usuário x profissional apresente-se praticamente inexistente, conforme relato a seguir:

[...] o palestrante lá na frente, eles só escutam, eles não perguntam nada. Eles têm vergonha de perguntar. P1 A

Na Unidade B, a fase da codificação e decodificação que ocorreram no segundo Círculo de Cultura contou com a presença de 11 usuários e 02 profissionais.

As atividades foram iniciadas pela pesquisadora com uma retrospectiva do círculo anterior. Foi exibido um painel com os temas identificados no primeiro momento, extraídos das falas dos participantes com o objetivo de codificar e decodificar estas temáticas e sua interferência no grupo. Foram dialogados e analisados os 08 temas levantados na fase de investigação temática, sendo então codificados e decodificados em 03 temas, conforme quadro abaixo:

Quadro II – Temas geradores codificados e decodificados na Unidade B.

Temas Geradores Codificados e Descodificados

1. Dinâmica do grupo não estimula a participação dos usuários;
2. Grupo possibilita a troca de experiências;
3. Falta de divulgação.

Fonte: Círculo de Cultura realizado na Unidade B, 2009.

Das temáticas codificadas e decodificadas, os participantes evidenciaram que a dinâmica utilizada nas atividades do grupo não estimula a participação dos usuários, como pode ser visualizado nas

falas a seguir:

Diabetes e hipertensão a gente já houve o tempo inteiro, o tempo inteiro. U2

B

No final do ano passado, vinha muito mais gente do que vem agora, porque tinha a gincana. U4 B

Nesta fase do itinerário, também dialogou-se entre os participantes considerações positivas quanto à participação no grupo. Discutiu-se que este momento propicia um ganho de conhecimento relativo à troca de experiências, estabelecimento de amizades, estimula a reflexão e tomada de consciência da realidade vivenciada, ampliação do círculo social, levando a uma melhora em sua qualidade de vida. Sendo assim, U4 relata que:

Aqui no grupo podemos falar de igual para igual com o médico, enfermeira, os outros profissionais, e tirar nossas dúvidas... aqui a gente se sente mais próximo um do outro, mais igual, no mesmo nível, fica mais à vontade para falar as coisas. U4 B

Uma temática importante discutida no Círculo diz respeito à falta de divulgação nas questões ligadas aos objetivos do grupo, público-alvo, como também, local, data, horário de ocorrência dos encontros e formas para melhorar esta divulgação.

Tem que falar mais que no grupo pode todo mundo ir [...] tem que divulgar mais na comunidade, no grupo de idosos também. U4 B

O Círculo de Cultura transcorreu de forma tranquila. Os usuários demonstraram-se muito receptivos e pareceram estar mais à vontade neste momento de diálogo que no círculo anterior. Cabe destacar que alguns membros da ESF que estavam presentes naquele não compareceram neste. Os ACS presentes na atividade, apesar de estimulados, tiveram pouca participação na atividade.

DESVELAMENTO CRÍTICO

Para a realização da terceira e última fase do itinerário freireano, foi efetuada novamente a leitura cuidadosa de todo o material transcrito dos círculos anteriores ocorridos nas duas unidades. Foi possível identificar que os temas que surgiram após a codificação e descodificação nas duas unidades pesquisadas eram semelhantes.

Esta fase de desvelamento aconteceu no terceiro Círculo de Cultura de cada Unidade em questão. Neste momento, os temas anteriormente codificados/descodificados foram devolvidos no círculo para debate, buscando sua análise, problematização e a tomada de

consciência crítica, para a descoberta dos limites e possibilidades da primeira fase. A partir disto, foi elaborado o plano para o próximo Círculo com a colaboração das orientadoras da pesquisa, ocorrendo cerca de 15 dias após o segundo Círculo.

As atividades em cada Círculo de Cultura iniciaram-se com uma síntese dos Círculos anteriores e apresentação e rediscussão de painel com os temas codificados e decodificados.

Para proceder ao desvelamento crítico, optou-se por realizar uma dinâmica em ambas as Unidades, dividindo os participantes em dois pequenos grupos, sendo que cada um contou com o apoio de uma monitora. Para estimular o diálogo, cada grupo recebeu uma pergunta, a qual com o auxílio de uma das monitoras e mediação da pesquisadora, foi discutida em um pequeno grupo e as respostas foram anotadas em uma folha rascunho.

Após efetuarem as anotações, as monitoras pontuaram os itens escritos, fazendo uma validação das respostas. Em seguida, confeccionaram um cartaz com as respostas, que foram apresentadas e dialogadas no grande grupo.

Na Unidade A, estavam presentes 10 profissionais e 02 monitoras orientadas pela pesquisadora que auxiliaram no desenvolvimento das atividades.

Dos 16 temas investigados, codificados e decodificados em 03, na fase do desvelamento crítico, foram priorizadas 02 temáticas significativas: 1.Não há clareza do que é um grupo; 2.Metodologia utilizada no grupo.

Para o desvelamento crítico cada grupo da Unidade A recebeu um dos seguintes questionamentos: 1.Para que servem os grupos dentro da ESF? 2.O que precisamos para que os grupos funcionem?

Todos foram estimulados a refletir a pergunta que lhes cabia. O momento propiciou o diálogo e a reflexão entre todos os integrantes do pequeno grupo.

Na discussão no grande grupo, quanto ao questionamento “Para que servem os grupos dentro da ESF?”, os participantes desvelaram que o grupo serve como forma de orientação para a prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida, segundo relato de P2 A, representando o grupo:

Para orientar as pessoas e os profissionais que estão participando, ter mais informação sobre as doenças e outros assuntos [...] Fazer prevenção, estimular que as pessoas se cuidem, para evitar doenças, ter uma vida mais saudável, melhor.

Discutiram, ainda, no Círculo que o grupo é uma forma de integração dos usuários e destes com os profissionais, através da troca de experiências:

Faz integração entre os profissionais, entre os participantes [...] maior entrosamento entre as pessoas, mais confiança [...] troca de experiências para um poder ajudar os outros com seu ponto de vista, suas vivências, sempre se aprende alguma coisa. P2 A

Quando dialogado a respeito do questionamento “O que precisamos para que os grupos funcionem?”, foi exposto que se deve buscar uma melhora na relação entre profissional x usuário e a mudança na metodologia utilizada nos encontros do grupo:

Os profissionais devem se comprometer mais, respeitar horários, assumir responsabilidade [...] respeitar os participantes, não trocar os assuntos dos grupos sem avisar, porque cria uma falsa expectativa pra eles. [...] Não ser repetitivo nos encontros, tratar de assuntos variados, ter criatividade para fazer as atividades com o grupo [...] as coisas no grupo devem ser feitas de acordo com a necessidade dos participantes do grupo, da comunidade, e pra isso é preciso conhecer a comunidade onde está se trabalhando. P3 A

Nesta fase do desvelamento, refletiram sobre as questões discutidas nos Círculos de Cultura realizados na primeira e segunda fase do itinerário, apontando a falta de diálogo como um obstáculo que dificulta as atividades no grupo, como pode ser constatado na fala deste profissional:

Acho que o diálogo que foi o culpado de tudo, na verdade, a falta do diálogo. P3 A

Os profissionais solicitaram colaboração para a realização de momento semelhante junto aos usuários a fim de que, conjuntamente possam traçar estratégias para melhorar o grupo.

Nesta Unidade, pôde-se observar que o diálogo no pequeno grupo aconteceu de forma mais participativa e efetiva. Quando partiram para o grande grupo, algumas pessoas pareciam estar mais envergonhadas, porém, sempre receptivas.

Outro fator que contribuiu para o desvelamento crítico foi a participação de uma enfermeira nova na Unidade A, que proporcionou mais ânimo à equipe e melhora nas questões de relacionamento e diálogo existentes nesta ESF.

Na Unidade B, para a fase de desvelamento crítico, estavam presentes 15 usuários, 02 profissionais e 02 monitoras.

Nesta Unidade, investigaram-se 08 temas, os quais foram

codificados e decodificados em 03 temáticas, que na etapa do desvelamento crítico foram priorizados em 02 temas significativos: *1.a metodologia adotada no grupo; e 2.a falta de conhecimento do que é grupo.*

Visando proceder ao desvelamento crítico, cada grupo da Unidade B recebeu um dos seguintes questionamentos: *1.Para que servem os grupos? 2.O que vocês gostariam que fosse feito nos grupos?*

Em planejamento prévio, este momento havia sido organizado para ocorrer em 15 minutos. Porém, o diálogo entre os usuários no pequeno grupo estava ocorrendo de maneira tão empolgante que acabou se prolongando por mais 10 minutos. Todos os usuários fizeram suas colocações e o diálogo fluiu de forma mais participativa do que nos momentos em que estes estavam no grande grupo.

Em seguida, os usuários reuniram-se novamente no grande grupo, onde apresentaram seus cartazes com a colaboração das monitoras, que foram eleitas como oradoras dos pequenos.

Com este momento de reflexão e discussão, percebeu-se que os grupos de saúde servem para orientação e prevenção das doenças, como se evidencia nesta fala:

Orientar sobre as doenças, prevenção, cuidados, evitar complicações [...] Serve como forma de alerta, através das palestras, para tomar consciência. P4 B

Enfatizaram, também, que o grupo serve como espaço para a troca de experiências/aprendizagem, momento de entrosamento e igualdade entre os participantes, e estabelecimento de novas amizades, conforme as falas:

Trocar idéias, experiências entre os participantes, de uma forma ou de outra, sempre é válida, sempre se aprende alguma coisa [...] falar sobre as alegrias e tristezas, ajudar o próximo [...] conhecer melhor as pessoas, ampliar o círculo social. P4 B

É um momento para troca de experiências, de aprender coisas para a vida, para melhorar, até como pessoa. U5 B

Com relação ao questionamento a respeito de “O que vocês gostariam que fosse feito nos grupos?”, os participantes concluíram que:

- A divulgação a respeito dos objetivos do grupo e dos encontros não está acontecendo corretamente e que precisa ser ampliada.
- O estabelecimento de parcerias com outras atividades que ocorrem na comunidade pode ampliar a participação em várias;
- A metodologia de condução dos grupos precisa ser revista, incluir atividades recreativas/lúdicas, praticar esportes coletivos, abordar

outros assuntos da vida diária, como nas opiniões que se seguem:

Realizar atividades lúdicas, pois dão mais animação, chama mais a atenção [...] o esporte coletivo também é uma forma de promover a saúde, de interação [...] grupo de canto ajuda na saúde, pois quem canta seus males espanta, areja a cabeça. U5 B

Fazer um encontro de diálogo para conversa sobre a vida das pessoas do grupo para trocar experiências e um ajudar o outro em vários assuntos, porque a gente não precisa só ficar falando de doenças. U4 B

Com o desvelamento crítico, dialogou-se sobre a necessidade de ampliar estas temáticas com a equipe e o compromisso que todos devem assumir consigo e em prol do grupo; em que, conjuntamente, devem planejar/traçar metas para tornar o grupo um local agradável e promotor da saúde.

Em seguida alguns usuários fizeram pequenos comentários como:

Sabe que eu já tinha pensado nisso.

Acho que assim fica bem melhor.

Notou-se que os dois profissionais da Unidade B que estavam presentes tiveram pouca participação nas atividades. Ao término destas, comentaram com a pesquisadora que estavam surpresos com as colocações e expectativas que os usuários apresentaram, levando-os a refletir sobre a mudança nas práticas de promoção da saúde. Eles também solicitaram que tais diálogos sejam realmente exibidos para toda a ESF no momento das reuniões semanais de equipe.

Na realização das fases do itinerário freireano nas Unidades A e B, buscou-se trabalhar as 5 principais ações da promoção da saúde da Carta de Ottawa, pois os temas levantados apresentaram-se relacionados com estas estratégias.

DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo indicaram que as ações de Promoção da saúde estão mais fortemente alinhadas com a “reorientação dos serviços de saúde” e “desenvolvimento de habilidades pessoais”. No entanto percebeu-se que as ações de promoção da saúde ainda necessitam ser reforçadas, mas elas já estão sendo contempladas, como nas ações de lazer e cultura, intersetorialidade e participação social.

Verificou-se que a atividade educativa realizada nos grupos pesquisados realizam ações que precisam ser reorientadas para ampliar as ações/ estratégias da Carta de Ottawa. As atividades que são desenvolvidas na Unidade ainda ocorrem, em parte, por cumprimento das normas e rotinas impostas pela dinâmica da ESF. A ESF surge com

o objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública no Brasil, e tem, entre suas premissas básicas, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde^(10,11). Estas ações têm como característica a troca de informações, mediante a educação em saúde, em que muitas vezes, são trabalhadas na forma de grupos, pois acredita-se que esta vivência favorece a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria de sua saúde⁽⁶⁾. As atividades desenvolvidas nos grupos de saúde estão, em sua maioria, voltadas para a doença e se dão em forma de palestra, privilegiando uma educação bancária. Desta forma, a educação se torna um ato de depositar, no qual o educador (profissional da saúde) é o que educa, que escolhe o conteúdo programático e é o sujeito do processo, enquanto os educandos (usuários) são meros objetos a serem educados, havendo negação da dialogicidade. Os educandos jamais serão orientados no sentido da conscientização, de desvelamento de sua situação existencial⁽¹⁰⁾. Tal metodologia desestimula a participação dos usuários, pois eles preferem dialogar sobre temas diversificados relacionados com seu cotidiano e atividades dinâmicas. Desta forma esta metodologia de condução dos grupos carece de uma revisão do processo de ensino-aprendizagem de como podem ser trabalhados nestes espaços.

Neste sentido, trabalhar com a educação libertadora, ideário metodológico de Paulo Freire, através dos Círculos de Cultura, que proporcionam o diálogo, a troca de saberes e a reflexão crítica entre os participantes, é um importante instrumento de promoção da saúde, visto que estimula a emancipação destes. Deste modo, os conhecimentos não são transferidos, mas sim compartilhados, criando desta forma possibilidades para sua construção⁽¹²⁾.

Cabe salientar que, dentro das estratégias de promoção da saúde, profissionais de saúde e usuários devem ser sujeitos do mesmo processo, e buscarem seu fortalecimento individual e em grupo⁽¹³⁾. Percebeu-se com a realização do Círculo de Cultura que houve uma participação e aproximação dos sujeitos para dialogarem sobre os aspectos referentes a sua realidade de vida e saúde.

A promoção da saúde tem uma relação bastante significativa com os grupos, por meio da categoria *empowerment*, a qual trata as relações de poder de maneira horizontalizada, possibilitando a formação de competências e habilidades para a vida em sociedade⁽¹³⁾. O *empowerment* é entendido como o “processo de capacitação para a aquisição de poder técnico e político por parte dos indivíduos e da

comunidade”^(3:85). Nessa concepção, o trabalho em grupo assume especial relevância.

Por outro lado, os serviços de saúde ainda sofrem forte influência do modelo curativo, individual, por tratar-se do modelo de formação da maioria dos profissionais. Romper com o modelo de saúde e exercer o diálogo ainda é um grande desafio. A grade curricular da maioria dos cursos da área da saúde no qual se inclui a enfermagem, apesar dos avanços, ainda desenvolvem de forma incipiente um modelo de ensino-aprendizagem para a formação dos profissionais voltada para a ESF, a promoção da saúde, a clínica ampliada, interdisciplinaridade das ações. A partir disto, são inúmeras as dificuldades e limitações para exercer práticas de saúde com foco em ações de formação à saúde que valorize o usuário como sujeito do seu processo, e que melhore a qualidade de vida. Sendo assim, o processo dialógico e reflexivo é uma poderosa ferramenta para a prática dos conceitos da promoção da saúde, principalmente referente ao *empowerment*, o qual “estimula a autonomia e a construção de vínculos expressivos nas relações humanas”^(13:238).

Além disso, identificou-se também que existe dificuldade sobre o entendimento entre o conceito e as práticas de prevenção das doenças e promoção da saúde, tanto para os profissionais como para os usuários. “Predomina o enfoque comportamental de mudanças de estilo de vida, sendo a saúde ainda compreendida como ausência de doença”^(2:357). A prevenção das doenças busca o desenvolvimento de ações com o intuito de evitar o surgimento de determinadas doenças, reduzindo sua incidência e prevalência. Está voltada para a divulgação de informações científicas e recomendações normativas de mudanças de hábitos. Já a promoção da saúde refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral; em que suas estratégias enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial⁽¹⁴⁾.

Frente a este contexto, cabe ressaltar que a metodologia utilizada neste trabalho, possibilitou aproximações entre os profissionais e os usuários, e também o diálogo em torno das situações e temáticas levantadas.

A partir dos Círculos de Cultura, houve desvelamento da realidade vivida pelos participantes. Eles passaram a perceber que estavam trabalhando ações de promoção da saúde, mas que estas precisam ser aprofundadas. Compreenderam que essas atividades estão focadas nas 05 estratégias de promoção da saúde da Carta de Ottawa.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1): 163-77.
2. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr/Jun; 15(2):352-8.
3. Verdi M, CAPONI S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Jan/Mar; 14(1):82-8.
4. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Set/Out; 20(5):1354-60.
5. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 Mar/Abr; 12(2):335-42.
6. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Jan/Mar; 17(1):90-7.
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Paz e Terra; 2005.
8. Heidemann ITSB. *A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família*. [tese] Ribeirão Preto (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
9. Freire P. *Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1978.
10. Santos LM Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saúde Públ*. 2006 Abr; 40(2):346-52.
11. Cianciarullo TI. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo (SP): Robe; 2002.
12. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 36ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2007.
13. Chiesa MA, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007 Abr/Jun; 12(2):236-40.

14. Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cad. Saúde Pública*. 1999 Out/Dez; 15(4):701-9.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o término da presente pesquisa, retomo os objetivos traçados no início desta caminhada, que foram o de levantar as publicações de pesquisas existentes sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil; conhecer a percepção dos usuários e da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos em unidades de saúde de um município da região do Alto Vale do Itajaí/SC; identificar as percepções dos usuários e da equipe de ESF quanto às ações desenvolvidas nos grupos; analisar as ações desenvolvidas nos grupos a partir das cinco estratégias para a promoção da saúde da Carta de Ottawa.

Os resultados da revisão de literatura como estratégias mais evidentes da Carta de Ottawa nos estudos, o “desenvolvimento de habilidades pessoais” e “reorientação dos serviços de saúde”. Mostraram também que atividades educativas de promoção da saúde com grupos são um importante dispositivo de promoção da saúde e nova possibilidade de área de atuação do profissional enfermeiro

Com relação aos demais objetivos, que foi o desenvolvimento da pesquisa através da utilização do itinerário freireano com os círculos de cultura, foi possível desvelar diversas situações que envolvem a realidade do grupo de saúde.

Constatou-se que, apesar de a ESF ter como uma de suas estratégicas básicas as ações de promoção da saúde, tanto os usuários como os profissionais das ESF compreendem que os grupos de saúde servem para orientação, prevenção das doenças e melhora da qualidade de vida. É um espaço de integração/entrosamento dos usuários e destes com os profissionais, por meio da troca de experiências/aprendizagem e estabelecimento de novas amizades.

Desta forma, identificou-se que profissionais e usuários não têm clareza dos conceitos e práticas de prevenção das doenças e promoção da saúde. Acredita-se ser devido ao modelo biomédico, centrado na doença, que predomina culturalmente na sociedade. O enfoque está voltado para o repasse de informações e a mudança de estilo de vida.

As práticas educativas desenvolvidas nos grupos em questão, na sua maioria, estão direcionadas para a doença. A realização destas atividades nas Unidades ocorre por cumprimento das normas e rotinas impostas pela dinâmica da ESF e acontecem em forma de palestra. Sendo assim, percebe-se que as ações de promoção da saúde estão

distante da prática. Esta metodologia que está sendo empregada nos grupos desestimula a participação dos usuários, pois eles preferem dialogar sobre temas diversificados, que emergem de sua realidade e atividades dinâmicas e lúdicas.

Cabe assinalar, também, que os serviços de saúde ainda sofrem forte influência do modelo curativo, individual, por tratar-se do modelo de formação da maioria dos profissionais. Estes são oriundos de universidades que não trazem em suas grades curriculares, como modelo de ensino-aprendizagem, a formação dos profissionais voltada para a ESF, a promoção da saúde, a clínica ampliada, a interdisciplinaridade.

A utilização do itinerário freireano através dos Círculos de Cultura possibilitou a aproximação entre os profissionais e os usuários, com o diálogo. Também demonstrou ser uma nova possibilidade frente a realização dos grupos de saúde. Percebeu-se que é uma metodologia possível de ser utilizada tanto para o desenvolvimento como para a reestruturação das atividades do grupo, permitindo que este se torne um espaço de práticas dialógicas, que estimulem os participantes a desvelarem sua realidade vivencial e tornem-se agentes promotores de sua própria saúde.

Contudo, também houve dificuldades nas questões relativas à limitação do tempo para o desenvolvimento dos passos da metodologia utilizada; a ocorrência da Gripe H₁N₁ e a disponibilidade dos profissionais e usuários dificultaram que as atividades ocorressem de forma mais objetiva.

Diante das estratégias de promoção da saúde da Carta de Ottawa, os resultados da pesquisa mostraram que as estratégias mais relevantes foram as de “reorientação dos serviços de saúde” e “desenvolvimento de habilidades pessoais”, mas as estratégias de reforço da ação comunitária, políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis, também, ainda que incipientes, são trabalhadas nestes espaços. Há uma necessidade de reavaliação e ampliação das ações de promoção da saúde dentro deste contexto. Ou seja, existe a necessidade de avançar para o conjunto destas estratégias para que ocorram ações educativas de maneira mais ampla e ao encontro com a realidade dos usuários. Destaca-se que, na revisão de literatura realizada para esta pesquisa, a qual objetivou levantar publicações de pesquisas existentes sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos, no Brasil, nas bases de dados LILACS e biblioteca SciELO, entre os anos de 2003-2008, foram encontrados resultados semelhantes.

Com base no que foi exposto, infere-se que as ações educativas desenvolvidas no contexto das ESF, nos grupos de saúde, são um

importante dispositivo de promoção da saúde e uma nova possibilidade de área de atuação do profissional enfermeiro.

Sendo assim, recomendam-se novas pesquisas que busquem identificar limites e possibilidades do desenvolvimento desta prática dentro do contexto da enfermagem de forma mais ampla.

Como recomendação, enfatiza-se ainda que o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família, focado nas ações educativas, seja interdisciplinar, articulado com todos os trabalhadores envolvidos, de acordo com o contexto da realidade, para que se tenha a melhoria da qualidade de vida, objetivo da promoção da saúde, e não se estenda para o conjunto de suas estratégias de ação.

A revisão de literatura realizada sobre as publicações de pesquisas existentes sobre promoção da saúde e educação em saúde e enfermagem com grupos no Brasil foi limitada aos estudos brasileiros e da América Latina, assim, sugere-se a realização de pesquisas com o intuito de compreender como está a situação da enfermagem com trabalhos de grupos de promoção da saúde em nível mundial.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Alessandra Coutinho Sousa; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um Distrito de Caucaia-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

ALENCAR, Bárbara Pereira de; MENDES, Maria Manuela Rino; JORGE, Maria Salete Bessa et al. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15 (Esp.), n. Esp., p.48-54, 2006.

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neyva Costa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 522-28, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Revisa diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília: 29 mar. 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 abril 2008.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Tradução Luis Eduardo Fonseca. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção de Saúde**. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall, Bogotá. Brasília: MS, 1996.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CARDOSO, Cristina Peres; COCCO, Maria Inês Monteiro. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 778-85, 2003.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Desenvolvimento recente em conceitos e métodos e práticas da promoção da saúde. In: BUSS, P. et al. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CHIESA, Anna Maria; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto, et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236-40, abr.-jun. 2007.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

COSTA, Any G.M.; MONTEIRO, Estela M.L.M.; VIEIRA, Neiva F.C., et al. A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. **DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 43-49, 2004.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701-9, 1999.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 205-11, 2006.

FIORI, Ernani Maria. Aprender a dizer a palavra. In: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 42a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 105-11, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 36a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 42a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Extensão ou comunicação?** 7a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo**. 2a ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989.

_____. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

HAMMES, Lúcio Jorge. **Círculos de cultura: educação para a paz**. Disponível em: <http://www.ceamecim.furg.br/~tusnski/paginas/paulofreire/inscricoes/FILES/p13.doc> Acesso em: 14 dezembro 2008.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schulter Buss. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schulter Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; BOEHS, Astrid Eggert, et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-8, abr./jun. 2006.

HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Pesquisa como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 559-66, 2007.

HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Técnicas corporais em Grupos de Gestantes: a experiência dos participantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 308-13, mar.-jun. 2006.

KERKOSKI, Edilaine; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; GONÇALVES, Luciana de Oliveira, et al. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 225-32, abr-jun. 2007.

MACÊDO, Virgílio César Dourado; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 222-30, abr-jun. 2006.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out-dez. 2008.

MIYAR, Liudmilla Otero. Impacto de um programa de promoción de La salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 em la comunidad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 713-9, nov-dez. 2003.

OLIVEIRA, Deíse Moura de; JESUS, Maria Cristina Pinto de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p.519-26, jul-set. 2008.

PÁDULA, Marcele Pescuma Capeletti; SOUZA, Mariana Fernandes de. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 168-74, 2007.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-8, 2007.

POMATTI, Dalva Maria; SOUZA, Conceição de. Repercussão das atividades educativas no dia-a-dia dos hipertensos participantes de um grupo. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul.-dez. 2003.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 186-92, abr-jun. 2005.

RÊGO, Maria Aparecida Barbosa; NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen; BACHION, Maria Márcia. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 1, p. 60-70, mar. 2006.

REIS, Soraya El Hakim; BONADIO, Isabel Cristina. Jogo educativo sobre os sinais do parto para grupo de gestantes. **Nursing**, v. 10, n. 113, p. 460-6, out. 2007.

SANTOS, Luciane de Medeiros dos; DA ROS, Marco Aurélio; CREPALDI, Maria Aparecida, et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis; JESUS, Maria Cristina Pinto de; AMARAL, Arlete Maria Moreira do; COSTA, et al. A consulta de Enfermagem no contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz de Fora, MG. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 124-30, jan-mar. 2008.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 90-97, jan-mar. 2008.

SAUPE, Rosita, e col. **Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades**. Livro virtual. 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.ufsc/enfermagem/> Acesso em: 11 outubro 2009.

SICOLI, Juliana Lodello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p.101-122, fev. 2003.

SILVA, Ruth Mauer da Silva; PIVETTA, Hedionéia Maria Foletto; VIEIRA, Eilamaria Libardoni, et al. Incentivo ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Santa Maria-RS. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 95-100, jan-mar. 2007.

SOUZA, Kleyde Ventura de; TYRREL, Maria Antonieta Rubio. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e

reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 47-54, jan-mar. 2007.

SOUZA, Aline Corrêa; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; COSTA, Lílían Escopelli Deves, et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 26, n. 2, p.147-53, 2005.

SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1354-60, set-out. 2004.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.233-8, abr-jun. 2007.

TRENTINI, Mercedes; TOMASI, Neusi; POLAK, Ymiracy. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 19-24, jul-dez. 1996.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan-mar. 2005.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco, et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bangkok Charter for Health Promotion in the a Globalized World**. Disponível em: <<http://www.worlthealthorganization2005>>. Acesso em: 23 fevereiro 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em: <<http://www.infosihat.gov.my/artikelHP/bahanrujukan/HEandPenilaian/>

HP%20Evaluation.p f> Acesso em: 20 janeiro 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for health promotion. Ottawa, Canadá: WHO, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido - Usuários



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DO ESTUDO – USUÁRIOS

Nome da pesquisa: Grupo de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF): a visão dos profissionais e dos usuários

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pela aluna Lucia Helena de Souza Alves, abaixo assinado, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), com a qual posso entrar em contato no momento que desejar. Estou ciente da realização do projeto de pesquisa (Dissertação de mestrado), denominado “Grupo de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF): a visão dos profissionais e dos usuários” desenvolvido sob a orientação da Profª Dra. Astrid Eggert Boehs e co-orientação da Profª Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann.

Fui orientado (a) que participarei de práticas educativas, que tem por objetivo conhecer a visão dos usuários e da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos em uma unidade de saúde do município de Rio do Sul/SC. O estudo pretende contribuir com as equipes de ESF para reformularem/reforçarem suas ações, dentro dos princípios da promoção da saúde, visando fortalecimento do grupo e a ampliação da participação dos usuários.

Estou ciente de que a mestranda coletará dados através da observação e trabalhos em grupo e que as mesmas somente utilizarão as

informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. A coleta de dados será realizada durante os encontros do Grupo de Saúde, desenvolvida nas dependências da ESF Laranjeiras/Santa Rita. Compreendo que serei convidado (a) a participar dos quatro encontros do grupo e que não terei nenhum gasto decorrente de minha participação neste estudo. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite e que serão utilizados para, além dos benefícios à Unidade, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Pesquisadora responsável (orientadora): Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs.

Telefones para contato: (48) 3721-9399

Co-Orientadora: Profa. Dra. . Ivonete T. S. B.Heidemmann

Telefone para contato: (48) 3721-9480

Pesquisadora principal: Lucia Helena de Souza Alves.

Telefones para contato: (47) 8829-6442

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Lucia Helena de Souza Alves
Ivonete T. S. B. Heidemann

Dra. Astrid Eggert Boehs

Dra.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu,

_____ (particip

ante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Rio do Sul, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

APÊNDICE B: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido - Profissionais



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DO ESTUDO – PROFISSIONAL E TRABALHADOR DE SAÚDE

Nome da pesquisa: Grupo de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF): a visão dos profissionais e dos usuários

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pela aluna Lucia Helena de Souza Alves, abaixo assinado, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), com a qual posso entrar em contato no momento que desejar. Estou ciente da realização do projeto de pesquisa (Dissertação de mestrado), denominado “Grupo de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF): a visão dos profissionais e dos usuários” desenvolvido sob a orientação da Prof^a Dra. Astrid Eggert Boehs e co-orientação da Prof^a Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann.

Fui orientado (a) que participarei de práticas educativas, que tem por objetivo conhecer a visão dos usuários e da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos em uma unidade de saúde do município de Rio do Sul/SC. O estudo pretende contribuir com as equipes de ESF para reformularem/reforçarem suas ações, dentro dos princípios da promoção da saúde, visando fortalecimento do grupo e a ampliação da participação dos usuários.

Estou ciente de que a mestranda coletará dados através da observação e trabalhos em grupo e que as mesmas somente utilizarão as informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. A coleta de dados será realizada durante os encontros do Grupo de Saúde, desenvolvida nas dependências da ESF Laranjeiras/Santa Rita. Compreendo que serei convidado (a) a participar dos quatro encontros do grupo e que não terei nenhum gasto decorrente de minha participação neste estudo. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite e que serão utilizados para, além dos benefícios à Unidade, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Pesquisadora responsável (orientadora): Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs.

Telefones para contato: (48) 3721-9399

Co-Orientadora: Profa. Dra. . Ivonete T. S. B. Heidemann

Telefone para contato: (48) 3721-9480

Pesquisadora principal: Lucia Helena de Souza Alves.

Telefones para contato: (47) 8829-6442

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Lucia Helena de Souza Alves
Ivonete T. S. B. Heidemann

Dra. Astrid Eggert Boehs

Dra.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu,

_____ (participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em

colaborar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Rio do Sul, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.ceps.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 045/09

I – Identificação:

Data de entrada no CEPESH: 12/03/2009

Título do Projeto: Grupo de promoção de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) profissionais e dos usuários

Pesquisador Responsável: Astrid Eggert Boehs

Pesquisador Principal: Lúcia Helena de Souza Alves

Propósito: Mestrado em Enfermagem

Instituição onde se realizará: Policlínica de Referência Regional de Rio do Sul, SC

II - Objetivos:

Geral: 1. Conhecer a visão dos usuários e da equipe de ESF sobre os grupos desenvolvidos unidade de saúde do município de Rio do Sul, SC. 2. Identificar as percepções dos usuários de ESF quanto às ações desenvolvidas nos grupos. 3. Reconhecer os motivos que levam os inserirem no grupo. 4. Fazer uma análise sobre estas ações e os princípios da promoção da :

III- Sumário do Projeto:

Em 1991 o SUS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF), conhecido atualmente como Estratégia da Família (ESF), que está centrada na promoção da saúde com o intuito de sustentar o desejo individual e coletivo do homem por meio de ações com diversidade de enfoques. Frequentemente atividades de educação em saúde são realizadas na forma de grupos na ESF. Em Rio do Sul, as ações educativas com grupos voltados de maneira geral para gestantes, adultos, especificamente para portadores de hipertensão arterial e diabetes. Segundo o relato dos envolvidos a adesão é bastante baixa, o que leva à suposição de que os mesmos não se sentem no sentido de levar os usuários a participarem promovendo a saúde de acordo com a Car. Surgiram então os seguintes questionamentos: qual a percepção dos usuários participantes da equipe de ESF quanto às atividades desenvolvidas? Estas atividades estão pautadas nos princípios da promoção da saúde?

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter participativo com cerca de 45 sujeitos em três grupos formados por profissionais e usuários. O referencial metodológico será o de Paulo Freire (investigação temática, codificação e decodificação e desvelamento através dos Circulos de Cultura nas reuniões de grupo).

IV- Comentários:

Do processo constam as declarações do pesquisador responsável referente aos termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares e do representante da Secretaria de Saúde de Rio do Sul, informando que tomaram conhecimento da pesquisa, que cumpriram a resolução e suas complementares. Estranhamente, entretanto, a forma e o teor de ambas são apenas com datas e assinaturas diferentes. Por um lado causa estranhamento que a pesquisadora traga o logotipo e outros dados da Prefeitura Municipal de Rio do Sul e,

declaração da Secretaria Municipal da Saúde traga por exemplo a expressão “aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão” e não traga a autorização da execução do projeto, que seria a sua finalidade. Além disso, o carimbo sob a assinatura do representante indica que ele é do setor financeiro, quando talvez seria mais apropriado que fosse de alguém da administração superior. O cronograma de atividades prevê que o estudo clínico será feito entre abril e novembro de 2009. A análise dos currículos dos pesquisadores revela que têm formação compatível com a necessária para a realização da pesquisa. O TCLE é claro, de fácil compreensão e explica adequadamente os procedimentos aos quais os participantes serão submetidos. Convém ressaltar, entretanto, que o TCLE explicita que o participante autoriza a utilização de seus dados.

V – Parecer CEPSh:

(X) com pendências

Justificativa:

1. Substituir a declaração referente ao cumprimento da resolução CNS 196/96 assinada pelos pesquisadores por uma que não traga logotipo da Prefeitura Municipal de Rio do Sul.
2. Substituir a declaração do representante da Prefeitura Municipal de Rio do Sul por uma com texto mais apropriado (aceitação de participação na pesquisa).
3. Verificar se a redação do TCLE é realmente como consta ou se deveriam aparecer ressalvas quanto à proteção da identidade e outros dados pessoais dos entrevistados.

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável à pendência do referido projeto.

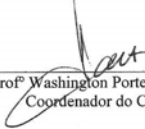
***Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 30 de março de 2009.**

Tendo em vista o atendimento as pendências, somos de parecer que o projeto, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê.

VI – PARECER FINAL:

(X) Aprovado *ad referendum*

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado *ad referendum* na data de 27 de Abril de 2009.


Profº Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSh

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO B - Instrução aos Autores – Cogitare Enfermagem

Submissões

Page 1 of 10



SISTEMA ELETRÔNICO DE REVISTAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



Cogitare Enfermagem

[PÁGINA INICIAL](#) [SOBRE](#) [ACESSO](#) [CADASTRO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#)
[ARQUIVOS](#)

[SISTEMA ELETRÔNICO DE
EDITORAÇÃO DE REVISTAS](#)

[Página inicial](#) > [Sobre a Revista](#) > [Submissões](#)

[PDF](#)

[Ajuda do sistema](#)

Submissões

- > [Submissões Online](#)
- > [Diretrizes para Autores](#)
- > [Declaração de Direito Autoral](#)
- > [Política de Privacidade](#)

IDIOMA

[Português \(Brasil\)](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos

[Pesquisar](#)

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por Título](#)
- [Outras opções](#)

Submissões Online

Já possui um Login/Senha para a revista Cogitare Enfermagem?
[Aqui](#)

Não tem Login/Senha?
[CADASTRO DE USUÁRIOS](#)

Cadastro e login são obrigatórios para submissão de documentos online e verificar o estágio de submissões.

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO - COGITARE ENFERMAGEM

Atualizado em Março de 2010

Cogitare Enfermagem é periódico científico do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e tem periodicidade trimestral.

É divulgada nas versões impressa (ISSN 1414-0536), eletrônica (ISSN 2176-9133) – www.ser.ufpr.br/cogitare, e no Portal de Revistas de Enfermagem – REV@ENF (www.rev@enf.ufpr.br/serjelo.php?script=sol_serial&id=1414-0536&lng=pt&nm=iso).

A abreviatura de seu título é Cogitare enferm.

Está indexada nas bases de dados BDNF, CUIDEN, LATINDEX, LILACS e PERIODICA, é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

A Cogitare Enfermagem foi criada em 1995. Tem por missão publicar e divulgar o conhecimento produzido nas áreas da saúde e de enfermagem, com excelência e respeito aos princípios éticos, proporcionando a estudantes, enfermeiros e outros profissionais espaço qualificado para a socialização do saber.

Publica artigos originais em português, inglês e espanhol de pesquisadores da área da saúde. É revisada por pares (peer review) sendo assegurado o anonimato dos autores e dos avaliadores.

Para a publicação de artigos são considerados atualidade, originalidade e relevância do estudo, consistência científica e respeito às normas éticas e editoriais.

1 - NORMAS EDITORIAIS

As normas da Cogitare Enfermagem estão baseadas no documento "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – (www.icmje.org)

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse; apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e

INFORMAÇÃO

- [Para Leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

[Estatísticas de Acesso](#)

referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Os artigos publicados são de propriedade da Cogitare Enfermagem, não sendo permitida a apresentação simultânea ou posterior a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. Os documentos permanecem arquivados pelo período de cinco anos, contada a data da publicação do artigo. Em caso de recusa do manuscrito o autor correspondente será comunicado pelo e-mail informado por ocasião da sua submissão.

2- CATEGORIA DE ARTIGOS

Editorial - Limite máximo de 2 páginas

Matéria de responsabilidade do Conselho Diretor, que poderá convidar autoridades para escrevê-la.

Artigos originais - Limite máximo de 15 páginas

Estudo relativo à pesquisa científica inédita e concluída. Inclui: Introdução e objetivos; Metodologia; Resultados; Discussão; Conclusão ou Considerações Finais.

Revisão - Limite máximo de 15 páginas

Avaliação crítica sistematizada da literatura a respeito de tema específico. Deve informar: Introdução; Metodologia incluindo o tipo de revisão realizada; Análise dos resultados; Conclusão ou Considerações Finais.

Reflexão - Limite máximo de 8 páginas

Texto reflexivo ou análise de temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento relacionado à área da saúde. Deve informar: Procedimentos adotados; Delimitação do tema.

Atualização - Limite máximo de 5 páginas

Texto descritivo e interpretativo, com fundamentação teórica sobre a situação global de determinado tema.

Relato de experiência/caso - Limite máximo de 8 páginas

Relato de experiência, acadêmica ou profissional, relevante para a área da saúde.

Resumo de tese/dissertação e Nota prévia - Limite máximo de 3 páginas

Texto destinado à divulgação de tese ou dissertação concluída; e nota prévia de tese ou dissertação em andamento. Indicar no rodapé da página de rosto, além das informações inerentes a toda publicação, o nome do orientador, programa e instituição, ano da defesa.

Carta ao Editor - Limite máximo de 1 página

Comentário de artigo recentemente publicado na Cogitare Enfermagem, pesquisa ou achado científico relevante para a área da saúde.

3- NORMAS PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

A Cogitare Enfermagem não cobra taxas para a submissão de artigos. Por ocasião do aceite do artigo para publicação, todos os autores deverão ser assinantes para o ano da publicação.

O manuscrito pode ser submetido ao Sistema Eletrônico de Revistas – SER (www.ser.ufpr.br/cogitare) uma única vez; ou enviado para o e-mail cogitare@ufpr.br.

Deve conter, em anexo, os seguintes documentos:

3.1 CHECK-LIST DE SUBMISSÃO

Check-list de submissão preenchido (ver modelo ao final do texto).

3.2 DOCUMENTO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À COGITARE ENFERMAGEM

Este documento inclui a transferência de direitos autorais, declaração de responsabilidade, de participação no manuscrito de todos os autores e de conflito de interesses.

Deve ser preenchido individualmente e assinado por todos os autores (ver modelo ao final do texto).

3.3 CÓPIA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Para artigo de pesquisa que envolva seres humanos, cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do protocolo, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (http://conep.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html) e observar a Resolução 196/96 da CONEP, ou equivalente para artigos realizados fora do Brasil.

4- NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

4.1 FORMATAÇÃO

- Digitado em formato ".doc".

- Tamanho A4, com 2,5 cm nas quatro margens.
- Redigido em ortografia oficial, fonte Times New Roman, tamanho 12 (para citação direta com mais de seis linhas deve ser digitada em tamanho 10).
- Espaço duplo entre linhas (para título, nomes dos autores, citação direta com mais de 3 linhas e depoimento, espaço simples).
- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez.
- Palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido deverão estar em itálico.
- Para as notas de rodapé, a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: 1, i, §, †, ‡, §§, ††, etc.

4.2 SEQUÊNCIA DO TEXTO E CONTEÚDO

PRIMEIRA PÁGINA (PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO)

Esta página é considerada para fins de contagem do número total de páginas do manuscrito, com exceção para Editorial e Carta ao Editor.

TÍTULO

- Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito. Sugere-se títulos com, no máximo, 16 palavras.
- Digitado em caixa alta, negrito, espaço simples, centralizado.
- Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página.

AUTORIA

- Nome completo de cada autor (limitado a seis), imediatamente abaixo do título, digitado em espaço simples e alinhado à direita do texto, numerado com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos.
- As informações correspondentes a cada autor (formação e maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição à qual está vinculado, endereço completo, telefone, fax e e-mail) devem constar em nota de rodapé na primeira página.

CATEGORIA DO ARTIGO

- Informar de acordo com o Item 2 das instruções aos autores.

AUTOR CORRESPONDENTE

- Autor correspondente é aquele para o qual a Cogitare Enfermagem encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto e aceita formal da versão final do manuscrito para publicação.
- O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à Cogitare Enfermagem qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail, a fim de evitar atrasos na análise do manuscrito.

SEGUNDA PÁGINA E SUBSEQUENTES (CORPO DO MANUSCRITO)

As palavras "resumo", "introdução", "metodologia" e demais que iniciam as sessões do corpo do manuscrito devem ser digitadas em letra maiúscula, negrito e alinhadas à esquerda do texto.

TÍTULO

- Repetir o título apresentado na primeira página e com a mesma formatação.

RESUMO

- Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido, contendo resumo informativo.
- Incluir, de forma não-estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Para artigos originais, por exemplo, inclui os objetivos da pesquisa, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

DESCRIPTORIOS

- Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste.
- Limitados de 3 a 5, separados por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descriptor em caixa alta. Espaço simples entre linhas.
- Devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde – DECS (<http://decs.bvs.br/>); também poderão ser usados descritores do Medical Subject Headings – MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh/HIBrowser.html).

INTRODUÇÃO

- Deve conter justificativa, fundamentação teórica, e objetivos.
- A fundamentação teórica pode ser apresentada separadamente como o item "revisão de literatura" ou incluída em uma introdução ampliada.
- A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância e o referencial teórico utilizado (quando aplicável).

METODOLOGIA

- Descrição do método, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa; população/amostra e critérios de inclusão; fontes e instrumentos de coleta e análise de dados.
- Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação das Resoluções nº

196 de 10/10/96 e nº 251 de 07/08/97 da CONEP, ou equivalente para artigos realizados fora do Brasil.
- Informar o número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa devidamente registrado na CONEP.

RESULTADOS

- Informações limitadas aos resultados da pesquisa.

DISCUSSÃO

- Apresentação de aspectos relevantes, interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Fundamentadas nos resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIÇÕES

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

REFERÊNCIAS

- Limite máximo de 20 referências. Sugere-se incluir as estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando incluir número excessivo de referências em uma mesma citação.
- Recomenda-se citação de publicações da *Cogitare Enfermagem*.
- Devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecerem no texto pela primeira vez e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.
- Exclusivamente para Artigo de Revisão não há limite quanto ao número de referências.

ANEXOS

Os anexos devem ser citados no texto e inseridos após as referências. Em caso de ilustrações, devem ser observadas as orientações do item 4.3.

4.3 ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES, CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

ILUSTRAÇÕES

- Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).
- São permitidas no máximo 5 ilustrações. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, apresentadas com o respectivo título, e nota explicativa no rodapé da ilustração (quando aplicável).
- Devem ser indicadas no texto, com a primeira letra maiúscula.
Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.
- A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

Tabelas e quadros

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Devem ser indicados no texto e inseridas o mais próximo possível da indicação. Devem, ainda, ser desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98 ou compatíveis.
- O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, separado por ponto final do nome da cidade e ano das informações, quando resultantes de pesquisa. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.
Exemplo: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, 2008.
- Os títulos das colunas devem ser curtos. Quando abreviados devem constar por extenso na legenda.

Figuras

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Devem ser indicadas no texto e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.
- O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade e ano das informações, quando resultantes de pesquisa. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.
Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial(7).
- Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas.

CITAÇÕES NO TEXTO

Citação indireta ou paráfrase

- Informar o número da referência imediatamente ao término do texto e antes do sinal gráfico.
Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes(1).

Citação sequencial/intercalada

- Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.
Exemplo: (8-10) - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão incluídas.
- Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.
Exemplo: (8,10) - a informação refere que as referências 8 e 10 estão incluídas.

Citação direta com até três linhas

- Inserir no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem

constar sobrescrito, entre parênteses e separados por dois pontos.
Exemplo: (8:13) – a informação se refere à referência 8, página 13.

Citação direta com mais de três linhas

- Constar em novo parágrafo, recuo de 4 cm, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

- O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescrito, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-9) - o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

DEPOIMENTO/COMENTÁRIO

- A transcrição de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Times New Roman 12, itálico, espaço simples entre linhas, sem aspas.

- Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do sujeito deve ser codificada, entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo:

[Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém, é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

- Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

- Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site www.ccn.ibict.br/busca.jsf.

ARTIGO

Autoria Pessoal com até Seis Autores

Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Modesto AP, Borghi ACS. O sistema de conhecimento e de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. *Cogitare Enferm*. 2008 Abr/Jun;13(2):165-72.

Autoria Pessoal com mais de Seis Autores

Leopardi MT, Capella BB, Rodrigues E, Faraco MM, Schmitz LM, Souza LA, et al. Construção e implementação de modelo informatizado do trabalho de enfermagem para a qualidade da assistência. *Texto Contexto Enferm*. 2002 Jan/Abr;11(1):274-8.

Autoria de Organização

European Society of Hypertension (ESH), European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension*. 2007;25:1105-87.

Autoria Pessoal e de Organização

Margulies EH, Blanchette M, NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. *Genome Res*. 2003 Dec; 13(12):2507-18.

Sem Indicação de Autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Com Sub-título

Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc Saúde Col*. 2005 Out/Dez;10(4):23-46.

Com números em Algarismos Romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 2002 Feb;(81):iii-vi,1-72.

Volume com Suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:593-9.

Número com Suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):56-12.

Volume ou Número com Partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal*. 2002;83 (Pt 2):491-5.

Número Considerado no Todo

Pediatric Critical Care Medicine. Society for Critical Care Medicine. Hagerstown (MD) 2003;4(2).

Número Especial

Cruz EDA, Moreira I, Quilico ZF. Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. *Cogitare Enferm*. 2000;5(n.esp):46-55.

Artigo sem Número e/ou Volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Artigo Indicado de Acordo com a Categoria da Publicação

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur Respir J*. 2002;20(1):242.

Lacerda MR. A prática profissional de enfermagem nos aspectos sociais e políticos [editorial]. *Cogitare Enferm*. 2006 Jan/Abr;11(1):7.

Artigo Publicado Eletronicamente Antes da Versão Impressa

Ferreira Haroldo da Silva, Luciano Sandra Cristina Moraes. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. [acesso 08 mar 2010]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910201000500001&lng=pt. Publicado 26 fev 2010.

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*. 2002;100(10):3828-31. Epub 2002 05 Jul.

Artigo no Prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol*. No prelo 2009.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci USA*. Forthcoming 2002.

Artigo publicado na Internet

Roehrs H, Mafum MA, Stefanelli MC. A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental. *Online Braz J Nurs*. [Internet] 2007;6(3) [acesso em 30 out 2006]. Disponível: <http://www.ufrb.br/bjnnurs/ing/index.php/nursing/article/viewArticle/11676-4285.2007.1>

Artigo Provido de DOI

Castillo BAA, Marziale MHP, Castillo MMA, Facundo FRG, Meza MVG. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2008 Ago [acesso em 11 nov 2009]; 16(n.esp):509-515. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=pt. doi: 0.1590/S0104-11692008000700002.

LIVRO**Livro Padrão**

Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001.

Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro)

Itascimento SR, Meier MJ. Uma visão tecnológica do exame físico. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB; 2001. p. 57-76.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro)

Veronesi R. Doenças infecciosas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso. p. 32-4.

Livro cujo Autor é Editor ou Organizador

Lefrève F, Lefrève AMC, Teixeira JIV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM, editors. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference*, 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.

Livro com Autor Cooperativo

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *População censada e estimada, segundo os municípios de São Paulo em 2007*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.

Livro com Indicação de Tradutor

Teorias de enfermagem. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Livro com Data Desconhecida ou Estimada

Marcuzzi A. *Alimentazione: risorse e possibilità*. Bologna: Malipiero S.p.A.; [data desconhecida]. 72 p.

Livro na Internet

Killings DB, ed. Anglo-Saxon chronicle [Internet]. Berkeley: Berkeley Digital Library; 1995 July [acesso em 03 nov 1998]. Disponível: www.sunsite.berkeley.edu.

Parte de Livro em Internet

MedlinePlus health topics [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Alzheimer's disease [acesso em 29 dez 2009]. [aproximadamente 6 p.]. Disponível: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html>

Livro de Série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

Livro Eletrônico, CD, DVD

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Texas Heart Institute. Aortic valve replacement [CD-ROM]. West Hartford (CT): ORlive; c2005. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

Haftum MA, Reichembach MT, Canabrava DS, Sanglard TS. O cuidado à saúde de familiares de pessoas em sofrimento mental [CD-ROM]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.

TESE E DISSERTAÇÃO*

Wyatt TH. Pilot testing Okay with Asthma(TM): a digital story for psychosocial asthma management [dissertation]. Charlottesville (VA): University of Virginia; 2003. 109 p. Disponível: <http://okay-with-asthma.org/>.

Haftum MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

*Dar preferência para artigos derivados do estudo

RELATÓRIO

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

JORNAL

Chiaradia T. Obesidade e câncer de mama: uma relação perigosa. 2007. [acesso em 20 out 2008]. Disponível: <http://dieta.uol.com.br/Edicoes/154/artigo67009-1.asp>

Inscrições para o Enem podem ser feitas. Folha de S. Paulo [Internet]. São Paulo; 2001 [acesso em 17 abr 2001]. Disponível: www.uol.com.br/folha/ (14 Mar 2001).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

LEGISLAÇÃO

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei n. 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 05 Jan 1994 [acesso em 08 mar 2009]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.

HOME PAGE

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [Internet]. Belo Horizonte: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; [acesso em 13 dez 2005]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [3 telas]. Disponível: <http://www.anep.org.br/codigosulas/CCEB.pdf>

Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 Jan 1 [atualizada em 08 Jul 2006; acesso em 23 fev 2007]. Disponível: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>

BASE DE DADOS

Haynes RB, Moynihan H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

RESUMO PUBLICADO / APRESENTADO EM EVENTO

Souza SRRK, Fieviski MFC, Reisdorfer MCT. A gestante trabalhadora em enfermagem: um estudo ergonômico da atividade. In: 1º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem; 2003 Ago. p. 7-9; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn; 2003.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do câncer - INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher. 2008 [acesso em 10 out 2008]. Disponível: <http://www.inca.gov.br>.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS (PÔSTERES E SIMILARES) E NÃO PUBLICADOS

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: Desafios para a Saúde Pública; 20 set 1994; Rio de Janeiro, Brasil].

DOCUMENTOS DIVERSOS

Verbetes de Dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Apostilas e Similares

Rodrigues JG. Orientação à pesquisa bibliográfica. Rio de Janeiro; 2002. [apostila da disciplina Orientação à Pesquisa Bibliográfica - Curso de Pós-Graduação - Instituto Oswaldo Cruz].

Documentos publicados na Internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

5 NORMAS APÓS ACEITE DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

A Cogitare Enfermagem encaminhará ao Autor Correspondente a versão final do artigo, por ocasião do seu aceite. Este é responsável por consultar os demais autores e, em caso de aceite da versão final, encaminhar à Cogitare Enfermagem os seguintes documentos.

5.1 Taxa de Assinatura Anual

A taxa de assinatura para o ano 2010 é:

PESSOA FÍSICA.....R\$ 60,00
PESSOA JURÍDICAR\$ 100,00

Todos os autores deverão ser assinantes da Cogitare Enfermagem no ano da publicação eletrônica do artigo.

Os autores deverão preencher o Cadastro de Assinante e recolher a Taxa de Assinatura Anual para o ano da publicação.

O pagamento poderá ser efetuado por depósito bancário individual e identificado.

BANCO ITAÚ (Número do Banco 341) – AGÊNCIA 4012 - CONTA CORRENTE 11691-1 - RAZÃO SOCIAL: Fundação da Universidade Federal do Paraná - CNPJ: 78.350.188/0001-95.

O autor correspondente deverá encaminhar os Cadastros de Assinante e as cópias dos comprovantes de depósito à Cogitare Enfermagem, por e-mail, fax (41- 3360-7250) ou correio.

Opcionalmente o pagamento poderá ser efetuado com cheque nominal à Fundação da Universidade Federal do Paraná endereçado à Cogitare Enfermagem: Rua Padre Camargo, 120 - Alto da Glória - 80060-240 - Curitiba - Paraná.

5.2 Carta de Aceite da Versão Final do Artigo

O autor correspondente deverá encaminhar a Carta de Aceite da Versão Final do Artigo para publicação, devidamente assinada (ver modelo ao final do texto).

MODELOS DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO À COGITARE ENFERMAGEM

Eu, _____, autor do manuscrito “_____”, declaro que minha contribuição foi:

- ☐ concepção e planejamento do projeto de pesquisa
☐ coleta e/ou análise e interpretação dos dados
☐ redação do manuscrito
☐ revisão do manuscrito
☐ outra (especificar)

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico.

Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações*.

Confirmo que as pessoas que contribuíram neste manuscrito, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos agradecimentos. As pessoas ou organizações citadas nos agradecimentos permitiram por escrito a referida menção.

Declaro que em caso de aceite do manuscrito para publicação, transfiro os direitos autorais pertinentes ao mesmo para propriedade exclusiva da Cogitare Enfermagem e que concordo que seja vetada a reprodução, parcial ou total, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada ao Conselho Diretor da Revista. Em caso de obtenção da referida autorização assegurarei o agradecimento à Revista Cogitare Enfermagem.

Declaro que, caso seja solicitado, estou à disposição para fornecer dados sobre os quais o manuscrito está fundamentado, para exame do Conselho de Editoração.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do autor

*Em caso de haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações este item deve ser suprimido deste texto e informado no corpo do manuscrito, de acordo com as Normas para Publicação de Artigos da Cogitare Enfermagem.

CADASTRO DE ASSINATURA COGITARE ENFERMAGEM - 2010

NOME: _____
 PROFISSÃO: _____
 ENDEREÇO COMERCIAL: _____
 CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____
 PAÍS: _____ TELEFONE COMERCIAL: _____
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
 CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____
 PAÍS: _____ TELEFONE RESIDENCIAL: _____
 TELEFONE CELULAR: _____ E-MAIL: _____

Assinatura do Autor

CARTA DE ACEITE DA VERSÃO FINAL DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

Eu, _____, autor correspondente do manuscrito

declaro que a versão final encaminhada em ____/____/____ pela Cogitare Enfermagem foi aceita para publicação.

Declaro ainda que todos os autores foram consultados e concordaram com a versão final, não havendo alterações a fazer.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Autor Correspondente

CHECK-LIST DE SUBMISSÃO

O Check-list está disponível nas versões PDF ([clique aqui](#)) e .doc ([clique aqui](#))

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todas os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

1.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a revista. Em virtude da aparecerem nesta revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços de email neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

Cogitare Enfermagem, ISSN: 1414-8536

Página gerada em: 0.7446s

Número de requisições ao banco de dados: 9

ANEXO C – Instrução aos Autores - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene, ISSN 1517-3852, é uma publicação técnico-científica da Rede de Enfermagem do Nordeste, sediada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, desde sua criação em 2000. Atualmente, é publicada trimestralmente e se propõe a divulgar a produção científica de seus assinantes, profissionais, estudantes de enfermagem e áreas afins. As diretrizes gerais da Revista são definidas e executadas pela Comissão Editorial.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

As instruções ora apresentadas objetivam orientar aos autores na elaboração de manuscritos a serem submetidos e, posteriormente, publicados neste periódico. Os manuscritos devem ser inéditos e destinados exclusivamente à Rev. Rene, não se admitindo sua submissão simultânea, no todo ou em parte a outros periódicos.

Os manuscritos devem ser enviados ao periódico somente por correio eletrônico para rene@ufc.br. Simultaneamente, os autores devem enviar por via postal (Rede de Enfermagem do Nordeste – Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, CEP 60.430-160, Fortaleza-CE) ou por via fax (55 85 3366 8453): ofício dirigido ao Conselho Editorial, solicitando apreciação do manuscrito e declaração de responsabilidade (**Modelo 1**); autorização assinada por todos os autores, para a publicação do artigo e declaração de cessão dos Direitos Autorais (**Modelo 2**); cópia do Parecer do Comitê de Ética, caso se trate de pesquisa envolvendo seres humanos; comprovante de assinatura de todos os autores. Ressaltamos que, no momento da submissão, assim como da publicação do manuscrito, todos os autores devem estar com a assinatura da Revista atualizada.

CATEGORIAS DOS MANUSCRITOS

Editorial: texto de responsabilidade do Conselho Editorial da Revista. Máximo de duas páginas.

Artigos Originais: abrangem estudos destinados a divulgar pesquisas originais e inéditas, inclusive aquelas de

cunho qualitativo. No caso de ser pesquisa original e inédita, deve-se contemplar *Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões*. Os artigos devem conter no máximo 15 páginas e até 20 referências bibliográficas, havendo, entretanto, alguma flexibilidade, quando se julgar necessário.

Relatos de experiência: descrevem experiências acadêmicas e assistenciais. Até 15 páginas.

Revisões: compreendem a avaliação sistematizada e crítica da literatura sobre temas específicos. Sua composição deve incluir a delimitação do tema, descrição dos métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Máximo de 15 páginas.

Resenhas: síntese ou análise interpretativa de obra recentemente publicada. Máximo de 3 páginas. Antes do texto, deve-se incluir a referência bibliográfica completa da obra resenhada em estilo Vancouver. No final do texto, deve-se incluir o nome, titulação acadêmica, filiação institucional e E-mail instituição do autor da resenha.

Comunicações breves: contempla estudos avaliativos originais ou notas prévias de pesquisa originais contemplando dados inéditos e que sejam relevantes para a enfermagem. A estrutura do texto deve obedecer às mesmas instruções para artigos originais. Máximo de 5 páginas.

Carta ao Editor: refere-se a cartas recebidas cujo conteúdo tem o propósito de discutir temas recentes e relevantes de artigos publicados na revista. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Uma página.

AValiação POR PARECERISTAS

Os manuscritos enviados para Rev. Rene serão, primeiramente, examinados pelo Conselho Editorial e em seguida, enviados para avaliação de dois pareceristas, designados pela Comissão Editorial, sendo omitida a identificação dos consultores e dos autores, os quais serão notificados sobre a necessidade de modificações no texto. Ao final do processo, os autores serão comunicados sobre a aceitação ou não para publicação.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações, mas as alterações essenciais serão solicitadas aos autores. Os artigos expressam o pensamento dos autores e são de sua inteira responsabilidade, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial. Os trabalhos recusados serão devolvidos aos autores.

Serão respeitados alguns itens que possam evidenciar conflito de interesse entre autores e consultores, de forma estritamente confidencial. Os consultores poderão se manifestar caso haja algum impedimento em relação à sua participação como parecerista.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os manuscritos deverão conter no máximo 15 páginas, respeitando-se a categoria de cada um, redigidos na ortografia oficial, em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5cm de cada um dos lados, letra 12, Times New Roman. Os parágrafos devem estar alinhados a 1,5cm.

ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Primeira página

A primeira página (Página de identificação) dos trabalhos deve conter o título do trabalho, nome completo dos autores, resumos em português, inglês e espanhol, e as respectivas palavras-chave, endereço completo do autor responsável. Em nota de rodapé, devem constar os créditos de cada autor considerando: titulação, cargo, função, afiliação institucional e/ou acadêmica, nacionalidade, e-mail, de preferência o institucional. Indicar se houve suporte de algum órgão de financiamento.

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado seguidamente em Português, em negrito; em Inglês e em Espanhol, em itálico e sem negrito; com no máximo 14 palavras, em letras maiúsculas, centralizados, letra 12, Times New Roman. Ressalte-se que a ordem dos títulos será alterada conforme o idioma que se apresenta a redação do trabalho, isto é, se o artigo for redigido em inglês, o primeiro título e o primeiro resumo, deverão ser em inglês.

Autoria: a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6 e devem apre-

sentar-se um abaixo do outro, em caixa alta, tamanho 10, fonte Times New Roman e com números sobrescritos. Ex.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO¹ (NÚMERO DE ORDEM 1, 2... ATÉ O 6)

Resumo: na seguinte ordem: em português, inglês, e espanhol contendo no máximo 150 palavras que expressem os pontos relevantes do texto, isto é, a introdução, objetivos, materiais e métodos, principais resultados e conclusões, fornecendo uma visão clara e concisa do seu conteúdo. Deve ser redigido em espaço simples, letra 10, Times New Roman, na mesma sequência dos títulos.

Descritores: em português, inglês e espanhol, com inicial maiúscula, separados por ponto e vírgula. Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen, respeitando-se o número de 3 a 5. Utilizar os descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" – DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço [http:// http://decs.bvs.br/](http://http://decs.bvs.br/) e/ou MESH/ "Medical Subject Heading" – Index Medicus. Para nomenclatura dos descritores, utilizar: PALAVRAS-CHAVE; KEYWORDS E PALABRAS CLAVE, estes nomes devem estar em caixa alta, letra 10, e em negrito.

Notas dos autores: devem apresentar a titulação, a instituição a que estão vinculados, endereço completo do autor responsável, e-mail, de preferência institucional, e inserção do nome do país em que se localizada a instituição, antes do e-mail.

Corpo do texto

Texto: Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito. Salienta-se que os trabalhos de cunho quantitativo devem apresentar os resultados separados da discussão, e os trabalhos de caráter qualitativo devem apresentar as falas em itálico, sem aspas, tamanho 10, e na sequência do texto. O item Conclusões/Considerações finais não deve conter citações.

Tabelas e Ilustrações: tabelas, quadros ou gráficos devem ser limitadas a 5 no conjunto. As **tabelas** devem ter títulos concisos, serem numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das

tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco e dentro do próprio texto.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos) devem ser citadas como figuras, e devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que for citada no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja os mesmos das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para reprodução das mesmas.

Abreviações e símbolos: Evitar abreviações nos títulos e resumos do manuscrito, a não ser que sejam abreviações padronizadas. No texto, ao citar uma abreviatura, esta deve ser acompanhada em parênteses de seu significado na primeira vez em que for citada.

Notas de Rodapé: Devem ser precedidas de asterisco e serem utilizadas o mínimo possível.

Referências Bibliográficas: Em relação às citações no texto, estas devem ser numeradas de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores e sem espaço entre a palavra e o parêntese. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex: 2,6,10). Ressalta-se que a exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Agradecimentos: neste item, podem ser incluídas a colaboração de pessoas envolvidas, mas que não se configuram como autores, assim como, agradecimentos por apoio financeiro, etc.

Referências

No **corpo do texto**, listar os autores em ordem numérica e consecutiva, conforme são mencionados e,

identificá-los pelo mesmo número, sempre que citados. O número deve vir sobrescrito entre parênteses ex: ⁽¹⁾.

Autores: Citar até 6 autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al. separando-os por vírgula.

Título: Indicar em maiúscula apenas a primeira letra do título e de nomes próprios. Para periódicos, os títulos devem figurar como indexados no Index Medicus.

Páginas: Suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8 e não 43-48.

Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex: ^(1:15)

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: edição- 10th ed.; nota de dissertação ou tese, ex: [thesis]; notas de Internet, ex: Português: "Disponível em", "Acessado em"; Inglês: "Available from" e "Accessed at", etc.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigos de Periódicos

1 – Artigo padrão

Campos ACS, Cardoso MVLM, Pagliuca LMF, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. *Rev Rene* 2008 out/dez; 9(4):24-32.

2 – Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

3 – Com mais de seis autores

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009;360(2):129-39.

4 – Instituição como Autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

5 – Artigo no Prelo

Macêdo KNE, Pagliuca LME, Almeida PC, Cardoso MVLML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene*. No prelo 2009.

6 – Volume com suplemento

Gérvias J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Supl 1:24-6.

7 – Fascículo com suplemento

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25.

8 – Artigo com errata publicada

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med*. 1995; 162(1):28-31. Erratum in: *West J Med*. 1995; 162(3):278

9 – Editoriais

Cardoso MVLML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene* 2008; 9(4):13.

Livros e Outras Monografias

10 – Indivíduo como autor

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

11 – Organizador, Editor, Coordenador como autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

12 – Capítulos de livro

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LE. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

13 – Teses, dissertações e monografias

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

14 – Trabalhos apresentados em Eventos

Pagliuca LME, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma

mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

Documentos em Formatos Eletrônicos

15 – Artigo em formato eletrônico

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

16 – Tese, dissertação ou monografia em formato eletrônico

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington : National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

17 – Documentos legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Os trabalhos remetidos para publicação devem ser inéditos e exclusivos da Revista, e enviados para rene@ufc.br com documentação para: Rede de Enfermagem do Nordeste – Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil. Fone/Fax: 55 85 3366-8453.

MODELO 1

Ao Conselho Editorial
Rev. Rene – Revista da Rede de Enfermagem do
Nordeste

Encaminhamento e Declaração de Responsabilidade

Estamos encaminhando o artigo (*colocar nome completo do artigo*) para que este seja submetido à apreciação desta conceituada Revista. Afirmamos que todos os autores se declaram responsáveis integralmente por qualquer alteração que se faça necessária no artigo encaminhado.

Certificamos que este trabalho é original e que nem parcial ou integralmente foi publicado ou está sendo avaliado com vistas de publicação em outra revista.

Autores (Listar nome completo de todos autores, data e abaixo de cada nome, inserir endereço completo e e-mail)

MODELO 2

Ao Conselho Editorial
Rev. Rene – Revista da Rede de Enfermagem do
Nordeste

Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (*escrever título do artigo*) se tornarão propriedade exclusiva da Rev. Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à Rev. Rene e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data: